

Untersuchung zur Bewertung
von psychisch Kranken
durch das Pflegepersonal
im psychiatrischen Großkrankenhaus

von

Matthias Braese

aus

Kulmbach

1980



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus dem Nervenkrankenhaus
des Regierungsbezirks Oberfranken in Bayreuth
Direktor: Professor Dr. F. BÖCKER

Untersuchung zur Bewertung
von psychisch Kranken
durch das Pflegepersonal
im psychiatrischen Großkrankenhaus

INAUGURAL - DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt
von
Matthias Braese
aus
Kulmbach

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. W. Kersten

Referent: Prof. Dr. F. Böcker

Korreferent: Prof. Dr. H.H. Wieck

Tag der mündlichen Prüfung: 25.02.1980

I n h a l t

		Seite
<u>A</u>	Einleitung	1
1	Psychiatrie in der Öffentlichkeit	1
1.1	Psychisch Kranke im Urteil der Bevölkerung	1
1.2	Psychisch Kranke in den Massenmedien	2
1.3	Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie	2
2	Bedeutung des Krankenpflegepersonals in der Psychiatrie	4
2.1	Zentraler Stellenwert in der modernen Psychiatrie	4
2.2	Bisherige Untersuchungen	6
2.3	Aufgabe unserer Untersuchung	10
<u>B</u>	Untersuchung am Nervenkrankenhaus Bayreuth (NKHB)	12
1	Das NKHB	12
2	Methode der Umfrage	14
2.1	Fragebogen	14
2.2	Sample - Soziologische Daten	15
2.3	Durchführung	19
2.4	Auswertung	20
<u>C</u>	Ergebnisse der Untersuchung -	21
	Urteile des Krankenpflegepersonals	
1	Psychische Erkrankungen	21
1.1	Heilbarkeit	21
1.2	Ursachen	21
1.3	Attitüden gegenüber psychisch Kranken	24
1.4	Beurteilung des Suicids	26

2	Psychisch Kranke	26
2.1	Fallschilderungen nach STAR	26
2.1.1	Verhaltensbeschreibung einer jungen Frau, die an einer Schizophrenia simplex leidet	26
2.1.1.1	Sensibilität für das individuelle Leiden	27
2.1.1.2	Allgemeine Verhaltensbeschreibung	28
2.1.1.3	Zuordnung von Sanktionen	28
2.1.1.4	Versuch einer Diagnose	29
2.1.2	Verhaltensbeschreibung eines jungen Mannes, der an einer Angstneurose leidet	30
2.1.2.1	Sensibilität für das individuelle Leiden	31
2.1.2.2	Allgemeine Verhaltensbeschreibung	31
2.1.2.3	Zuordnung von Sanktionen	32
2.1.2.4	Versuch einer Diagnose	33
2.1.3	Verhaltensbeschreibung eines Mannes, der an einer paranoiden Schizophrenie leidet	33
2.1.3.1	Sensibilität für das individuelle Leiden	34
2.1.3.2	Allgemeine Verhaltensbeschreibung	35
2.1.3.3	Zuordnung von Sanktionen	35
2.1.3.4	Versuch einer Diagnose	36
2.2	Zuordnung von Sanktionen zu Verhaltensweisen	36
2.3	Beurteilung von Patientengruppen mit unter- schiedlichen Diagnosen	40
2.3.1	Depressive Patienten	41
2.3.2	Schizophrene Patienten	42
2.3.3	Suchtkranke Patienten	43
2.3.4	Geistesschwache Patienten	44
2.3.5	Alterskranke Patienten	45
3	Das NKHB als psychiatrische Institution	49
3.1	Unterschied zwischen Nervenlinik und Heilanstalt	49
3.2	Bewertung des Urteils der Bevölkerung zum NKHB	53
3.3	Urteil des Personals zum NKHB	53
3.4	Forderungen an das NKHB	56

3.5	Weitere Verbesserungsvorschläge	61
4	Beruf und persönliches Verhalten	63
4.1	Ursprüngliche Pläne	63
4.2	Vorausgehende Berufserfahrung	64
4.3	Eigeneinschätzung	65
4.4	Vermutete Fremdeinschätzung	66
4.5	Kommunikation nach außen	68
4.6	Fortbildung	69
4.7	Patienten in der Nachbarschaft	70
4.8	Übernahme einer Vormundschaft	71
4.9	"Titulierung" der Patienten	72
4.10	Physische Gewaltanwendung	73
<u>D</u>	Vergleich der Beurteilung der Bevölkerung mit der des Personals	75
1	Fallschilderungen nach STAR	75
1.1	Schizophrenia simplex	75
1.2	Angstneurose	76
1.3	Paranoide Schizophrenie	77
2	Zuordnung von Sanktionen zu Verhaltensweisen	78
3	Forderungen an psychiatrische Institutionen	79
4	Überblick	81
<u>E</u>	Diskussion	82
<u>F</u>	Zusammenfassung	90
<u>G</u>	Literaturverzeichnis	93
<u>H</u>	Fragebogen	97

A Einleitung

1 Psychiatrie in der Öffentlichkeit

1.1 Psychisch Kranke im Urteil der Bevölkerung

"Alte und Junge, Menschen mit hoher und geringer Schulbildung - alle neigen dazu, den Geisteskranken als relativ gefährlich, schmutzig, unberechenbar und wertlos anzusehen." (21) So oder ähnlich lauten - auf einen Überspitzten Nenner gebracht - die Ergebnisse der meisten Studien, die sich mit der Einstellung der Öffentlichkeit zu Geisteskranken beschäftigen. Von der Vielzahl anglo-amerikanischer Veröffentlichungen seien nur einige erwähnt, etwa die gescheiterte Aufklärungskampagne von CUMMING und CUMMING (6) in einer kleinen kanadischen Gemeinde, oder die Arbeit von STAR (26), in der er die Bevölkerung mit von ihm entworfenen Kurzbeschreibungen psychiatrischer Krankheitsbilder konfrontiert, oder die Untersuchung von NUNNALLY (21), aus der wir obiges Zitat entnehmen. In Deutschland entdeckten JÄCKEL und WIESER (14) unter der Bevölkerung ein Stereotyp vom Geisteskranken, daß sich nicht wesentlich von dem in der amerikanischen Literatur beschriebenen unterscheidet. Neue Aspekte bei der Erforschung der Problematik konnte STUMME (27) aufzeigen, der darauf hinweist, daß die bisherigen empirischen Ergebnisse über Vorurteile gegenüber Geisteskranken als "Artefakte der operationalen Definition" zu betrachten sind, insofern nämlich, als der Laie mit dem Begriff "geisteskrank" ausschließlich extreme psychische Störungen bezeichnet und nicht etwa deren ganze Bandbreite.

1.2 Psychisch Kranke in den Massenmedien

Parallel mit der Erforschung der Vorurteile in der Bevölkerung ging die Analyse des Meinungsbildes über den Geisteskranken in den Massenmedien. Dabei interessierte, ob man die Berichte in den Medien als Spiegel der Vorstellungen der Bevölkerung ansehen soll, oder ob die dort verbreiteten Informationen die Einstellung des Publikums erst prägen. SCHNEIDER und WIESER (25) fanden eine weitgehende Ähnlichkeit zwischen dem Meinungsbild über Geisteskranken in der Allgemeinheit und in den Massenmedien, während der schon genannte NUNNALLY (21) in den von ihm analysierten Berichten ein noch negativeres Stereotyp ermittelte als das in der Bevölkerung vorgefundene.

1.3 Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie

Lange Zeit ging man von der nicht ausdrücklich genannten Prämisse aus, erst eine Änderung der öffentlichen Meinung könne schließlich auch zu einer effektiven Besserung der Zustände in der Psychiatrie führen, in dem Sinne nämlich, daß erst angesichts einer positiven Einstellung gegenüber dem psychisch Kranken auch eine erhebliche finanzielle Besserstellung für den psychiatrischen Bereich von der Bevölkerung akzeptiert werde. Folglich sei es die wesentliche Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie mit Hilfe eines planmäßigen Einsatzes der publizistischen Organe eine Änderung der öffentlichen Einstellung zu erreichen. Einige Autoren [z.B. FELDMANN (7)] warfen nun aber die Frage auf, ob es sich bei den sogenannten Vorurteilen der Laien nicht vielmehr zum Teil um Urteile über die tatsächlichen Zustände in der psychiatrischen Wirklichkeit handele. STUMME (27) konnte zu dieser Problematik einen Beitrag leisten, indem er

die Bevölkerung einerseits nach dem tatsächlichen Vorhandensein verschiedener Einrichtungen im Nervenkrankenhaus Grafenberg und andererseits danach befragte, ob diese Einrichtungen wünschenswert bei der Behandlung psychisch Kranker seien. Bei dem Vergleich fiel auf, "daß zum einen das Bild des Laien zur gegenwärtigen Situation weitgehend der Realität entspricht und daß zum anderen der Laie Vorstellungen artikuliert, wie sie seit einigen Jahren von einer Minderheit innerhalb der Psychiatrie diskutiert werden", die Wirklichkeit also nicht schritthalten kann mit den Bestrebungen der Bevölkerung. Von diesem Gesichtspunkt ausgehend weist SACK (23) darauf hin, daß die "implizite Unterstellung schlicht falsch ist, eine aufgeklärte und reformbereite Öffentlichkeit sei eine unabdingbare Voraussetzung, eine hinreichende oder auch notwendige Bedingung dafür, daß Reformen durchgeführt werden."

Darüberhinaus kann man aus den wenigen Studien, die den Erfolg von Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie untersuchen, schliessen, daß das bisherige Vorgehen auf diesem Gebiet zu keinem Erfolg geführt hat. Im Zusammenhang damit sei nur auf die bereits erwähnte, als gescheitert zu betrachtende Aufklärungskampagne der CUMMINGS (6) und auf das "Hurt-Mind"-Projekt der BBC verwiesen. In Folge dieser englischen Fernsehserie, die sich mit verschiedenen psychiatrischen Problemkreisen befaßte, kam es, wie BELSON [zitiert nach BAUER (2)] anhand einer repräsentativen Befragung der Bevölkerung feststellte, zu keiner erheblichen Änderung der Haltung zu psychisch Kranken.

Da Einstellungen neben anderen Funktionen auch eine Wissensfunktion haben, die den Versuch der Erklärung tatsächlicher Phänomene beinhaltet, würde eine Ände-

rung der Realität auch zu einer Änderung der Einstellungen führen; auf das Gebiet der Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie übertragen heißt das - optimistisch ausgedrückt - eine Änderung der "brutalen Realität" in der Versorgung psychisch Kranker würde eine Einstellungsänderung in der Bevölkerung durch die herkömmlichen Methoden der Öffentlichkeitsarbeit auf die Dauer erübrigen.

2 Bedeutung des Krankenpflegepersonals in der Psychiatrie

2.1 Zentraler Stellenwert in der modernen Psychiatrie

Als besonders markanter Angriffspunkt der heutigen psychiatrischen Realität gilt verschiedenen Autoren u.a. FELDMANN (7) die Qualifikation des Personals in den entsprechenden Versorgungseinrichtungen. So legen alle vier Verfasser [BAUER (2), FINZEN (8), SCHERER (24), STUMME (28)] in ihren "Gutachten zum Abbau von Vorurteilen gegen psychisch Kranke" im Anhang zur Enquete zur Lage der Psychiatrie in Deutschland mit unterschiedlichem Gewicht Wert auf die Feststellung, daß vorrangig dem Krankenpflegepersonal zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung verholfen werden müsse: "Da wir... wissen, daß die Einstellung der Öffentlichkeit sich außerordentlich stark am Urteil und dem praktischen Handlungsvollzug der Experten orientiert, muß eine Form notwendiger Öffentlichkeitsarbeit darin bestehen, psychiatrisch-therapeutischem Personal aller Fachrichtungen eine Ausbildung zu vermitteln, die es den Betreffenden erlaubt, erst einmal selbst eine aufgeklärtere Form der Beziehung zu psychisch Kranken einzugehen." (2)

"Besonders wichtig erscheinen solche Maßnahmen für die Gruppe des psychiatrischen Pflegepersonals, also der

Schwestern, Pfleger und Helfer, die mit den psychisch Kranken und Behinderten in Institutionen für stationäre und ambulante Behandlung unmittelbar zusammentreffen, und deren Interaktion mit den Patienten wohl den größten Teil der Beziehungen dieser Personengruppe mit der Außenwelt ausmachen." (24) Künftige Aufgaben dieser Berufsgruppe, die diejenigen 23 Stunden mit den Patienten zusammen verbringt, in denen der Arzt nicht anwesend ist, umreißt KUKLA. (15) "Ziel einer... patientenorientierten Ausbildung ist es, zu erreichen, daß das Pflegepersonal einen integralen Anteil am gesamten therapeutischen Programm eigenverantwortlich übernimmt. D.h. ihm müssen... Fähigkeiten vermittelt werden, die es in die Lage versetzen, den Patienten als Persönlichkeit anzusprechen, ihn zu Aktivität anzuregen, und von sich aus therapeutische face - to - face - groups zu fördern, in denen sie sich selbst als ein Glied dieser Gruppe empfinden sollen..." Neben dieser eher therapeutischen als bewahrenden Aufgabe des heutigen Pflegepersonals ist auch folgende Tatsache von Bedeutung: MANIS (18) konnte zeigen, daß sich die Einstellung zu psychischen Krankheiten der psychisch Kranken selbst der des Klinikpersonals angleicht. Dies könnte seinerseits einen nicht zu unterschätzenden Faktor bei der Heilung, Besserung und Rehabilitation der Patienten ausmachen.

Schließlich sei - gerade im Hinblick auf die Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie - noch auf einen wichtigen Gesichtspunkt hingewiesen: Man kann jeden Krankenpfleger und jede Krankenschwester als Mittler zwischen der Realität in den psychiatrischen Versorgungseinrichtungen und der Außenwelt betrachten. Jede Aussage eines Vertreters des Pflegepersonals daheim in der Familie, bei Bekannten, Freunden, im Wirtshaus

oder im Verein, ist als ein wirksames Stück Öffentlichkeitsarbeit anzusehen, das dem Laien ein Bild von der Realität in der Psychiatrie vermitteln kann. Voraussetzung dafür ist, daß das Personal selbst über geeignete Vorstellungen zum Problemkreis psychisch Kranker verfügt und diese auch offen und engagiert vertreten kann.

2.2 Bisherige Untersuchungen

Wenn Kritik an psychiatrischen Institutionen geübt wird, dann gerät meist recht schnell das dortige Pflegepersonal in die Schußlinie der Angriffe. Bevor aber nicht über die Einstellung und Qualifikation dieser Berufsgruppe entsprechende Untersuchungen vorliegen, an denen es gerade im deutschsprachigen Raum mangelt, muß man derartige Urteile als unzuverlässige und unsicher begründete Meinungsäußerungen betrachten.

Bevor wir nun einige repräsentative anglo-amerikanische und die uns bekannten deutschsprachigen Einstellungsstudien und deren Resultate kurz darstellen wollen, sei zuvor auf einige Berichte hingewiesen, die die Problematik "Krankenpflegepersonal in der Psychiatrie" mehr von der praktischen Seite her beleuchten; gemeint sind einige verdeckt teilnehmende Beobachtungen auf den Stationen verschiedener psychiatrischer Krankenhäuser. Die mehr im literarischen Bereich angesiedelten Reportagen von F. FISCHER (9) "Irrenhäuser, Kranke klagen an" und von G. WALLRAFF (29) "Als Alkoholiker ins Irrenhaus" haben in der Öffentlichkeit doch für ganz erhebliches Aufsehen und Unruhe gesorgt.

Unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten durchgeführt wurde die Untersuchung von HEMPRICH und KISKER (12) "Die 'Herren der Klinik' und die Patienten" sowie die

Dissertation von AUERBACH (1) "Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung in einer geschlossenen Station."

Beide Autoren konstatieren in ihren Arbeiten die auffallende "soziale Reizarmut des Krankenhauslebens, die Unverbindlichkeit zuvor begonnener sozialtherapeutischer Anstrengungen." (12)

Zwei Drittel der täglichen Dienstzeit des Pflegepersonals umfassen Tätigkeiten, die "Patienten und Organisation des Stationsablaufs am Leben erhalten" (17)

z.B. Aufpassen, Putzen, Essensausgabe u.ä." Die verbleibende, nicht durch klar definierte Aufgaben angefüllte Zeit wird nur selten zur Kommunikation mit Patienten genutzt." (1)

Die amerikanischen Einstellungsuntersuchungen unter dem Personal, nicht nur dem Krankenpflegepersonal, psychiatrischer Einrichtungen wurden z.T. schon vor über 20 Jahren durchgeführt, ein Indiz dafür, daß die Problematik dort schon wesentlich früher als bei uns in ihrer Bedeutung erkannt wurde. Gute Zusammenfassungen und Überblicke über diese Studien findet man bei RABKIN (22) und MOLL (20).

MIDDLETON (19) stellte in der ersten Arbeit dieser Art fest, daß die gebildeten, intelligenteren und jüngeren Pflegekräfte über geringere Vorurteile gegenüber psychisch Kranken und ihren Krankheiten verfügen.

GILBERT und LEVINSON (11) kamen aufgrund der von ihnen entwickelten "Custodial Mental Illness Ideology Scale (CMI)" zu folgenden Resultaten: Die stärkste kustodiale Einstellung weisen die unausgebildeten Hilfen auf, gefolgt von Krankenpflegeschülern und Schwestern. Am wenigsten kustodial geben sich die Psychiater.

Dabei wollen die Autoren unter Kustodialismus eine Einstellung verstanden wissen, die die Patienten für letztlich inkurabel, potentiell gefährlich und einer Kontrolle bedürftig erachtet. Das Gegenteil von "Custodialism" drückt sich im Einstellungsfaktor "Humanism" aus.

COHEN und STREUNING (5) untersuchten verschiedene Beschäftigungsgruppen mit Hilfe ihres "Opinions about Mental Illness Questionnaire (OMI)", "der fünf verschiedene Faktoren erfaßt:

Authoritarianism¹, Benevolence, Mental Hygiene Ideology, Social Restrictivness und Interpersonal Etiology. Pflegehelferinnen zeichnen sich durch einen deutlich höheren Authoritarianism - Wert aus als die ausgebildeten Schwestern. Bessere Schulbildung hatte signifikant höhere Werte bei Faktoren zur Folge, die eine aufgeschlossene Einstellung zu psychisch Kranken bedeuten. Alter und Geschlecht konnte nicht durchgehend als Variable mit signifikantem Einfluß bestimmt werden. - Nachfolgende Studien konnten keine entscheidend neuen Aspekte zu der Thematik zu Tage fördern.

Im deutschsprachigen Raum befaßte sich DE CAROZZO (3) an der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Freien Universität Berlin mit den Einstellungen des Personals zu psychisch Kranken, wobei er seine besondere Aufmerksamkeit auf Unterschiede zwischen den verschiedenen Beschäftigungsgruppen richtete. "Die Einstellungen wurden mit Hilfe des Polaritätsprofils, der Skala der sozialen Distanz und der Custodial Mental Illness Ideology Scale zu erfassen versucht. Es konnten signifikante Unterschiede der Einstellungen zwischen den Gruppen gefunden werden. Mitarbeiter mit geringem Bildungsstand und unqualifizierten Beschäftigungen (Stationshilfen, Küchen- und Reinigungspersonal) zeigten eine weniger positive Einstellung als Ärzte, Medizinalassistenten und Psychologen." Schwestern und Krankenpflegepersonal nehmen in dieser Reihe eine Mittelstellung ein. Aus verschiedenen amerikanischen

1

Dieser Faktor mißt die Einstellung der Unterwürfigkeit gegen eine höhere Autorität, verbunden mit der Ansicht der Minderwertigkeit psychisch Kranker.

Skalen (CMI, OMI) und eigenen Fragen konstruierte MOLL (20) einen Fragebogen, den er dem Krankenpflegepersonal des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg zur Beantwortung vorlegte.

Verhaltensweisen des traditionellen Anstaltsstils wurden zwar für die eigene Person verneint, andererseits aber doch die Kontrollfunktion als wichtige Aufgabe des Pflegepersonals erachtet. "Des weiteren ließ sich erkennen, daß das Pflegepersonal zum Teil von der Gefährlichkeit des psychisch Kranken überzeugt schien." Bei einer differenzierten Aufarbeitung des Antwortmaterials ergab sich, daß das Pflegepersonal zwar mit steigendem Alter "zum Patienten, zu seiner Krankheit und den Pflege- und Behandlungsmethoden weniger aufgeschlossen ist," andererseits waren aber in der höchsten Lebensaltersgruppe "die Einstellungen zum Patienten und seiner Krankheit weniger von Vorurteilen geprägt." Des weiteren zeigen die Nicht-Ausgebildeten und die Pflegekräfte mit nur einjähriger Ausbildung deutlich kustodialere Einstellungen als ihre vollausgebildeten Kolleginnen und Kollegen.

Keine Einstellungsstudie, aber dennoch einen wichtigen Beitrag zu der angesprochenen Thematik stellt die Untersuchung KUKLAS (15) "Zur Sozialisation von Krankenschwestern in der Psychiatrie" dar. Nach den Worten des Autors erfährt die Krankenschwester im Laufe des Sozialisationsprozesses am Rheinischen Landeskrankenhaus Düsseldorf weder durch die schriftlich fixierten Normen, noch durch die Aus- oder Fortbildung oder etwa durch die Einordnung auf der Station eine bleibende und prägende Anregung, wie sie sich nach den modernen Vorstellungen "einer psychodynamisch und interaktionistisch orientierten Psychiatrie als wichtigster therapeutischer Akteur" zu verhalten hat. "Die Orientierungsausrichtung der Krankenschwester im Verlauf ihrer Sozia-

lisation in die Berufsrolle läuft auf eine Anpassung an die gegebenen Strukturen hinaus, ohne daß die in diesem Beruf auftretenden Friktionen innovative Impulse auslösen, die die verhärteten Strukturen verändern könnten. Verhaltensunsicherheit gegenüber den Patienten, Ausprägung einer kustodialen Rolle, mangelnde Berufszufriedenheit, Unzufriedenheit mit der Arbeitsorganisation und eine hohe Fluktuationsrate sind die Folge."

2.3 Aufgabe unserer Untersuchung

Es wurde gezeigt, daß die bisherigen Informationen über die Einstellung des Krankenpflegepersonals zu psychisch Kranken im deutschsprachigen Raum als noch recht spärlich zu bezeichnen sind. Unsere Arbeit soll einen Beitrag leisten, um dieses Defizit abzubauen. Ziel unserer Untersuchung ist, zunächst mehr deskriptiv darzustellen, wie die Pflegekräfte psychisch Kranke und deren Krankheiten, ihren Arbeitsplatz - das psychiatrische Großkrankenhaus - und ihren Beruf bewerten. Darüberhinaus soll anhand der Variablen Geschlecht, Lebensalter und Ausbildungsstand untersucht werden, ob und welchen Einfluß diese Faktoren auf die Einstellung zu psychisch Kranken ausüben. Es ist also zu prüfen, ob mit zunehmendem Alter, wie in manchen amerikanischen Studien dargestellt, die Haltung des Personals kustodialer wird, ob die Krankenpflegeschüler von ihrer augenblicklichen Ausbildung derart profitieren, daß sie den neuen Anforderungen als therapeutischer Mitarbeiter aufgrund ihrer Einstellung eher genügen können, und ob die Schwestern in der Krankenpflege durch ihre "weibliche Rolle" bedingt andere Ergebnisse hervorbringen als ihre männlichen Kollegen.

Schließlich wollen wir noch Auskunft darüber erhalten, inwieweit sich Unterschiede zwischen der Einstellung der Gesamtbevölkerung und der des Krankenpflegepersonals zeigen, ob also die beruflich mit psychisch Kranken Befassten über eine deutlich aufgeschlossener Einstellung dieser Gruppe gegenüber verfügen oder eher das Gegenteil zutrifft, wie manchmal behauptet wird. (20) Mit Bedacht werden gerade die Einstellungen des Pflegepersonals eines psychiatrischen Großkrankenhauses, nämlich des Nervenkrankenhauses Bayreuth¹, untersucht, weil in diesen Institutionen einerseits der deutlich überwiegende Anteil der psychisch Kranken behandelt wird und andererseits auch der Großteil der überhaupt in der Psychiatrie Beschäftigten tätig ist. Die Ergebnisse der Arbeit von CAROZZO (3) an der Universitätsnervenklinik Berlin sind also nicht ohne weiteres übertragbar, da eine Hochschulklinik sowohl vom Krankengut aus - es gibt keine Langzeitpatienten - als auch von der Organisation und den Anforderungen her eine besondere Stellung einnimmt.

1

künftig NKHB genannt

8 Untersuchungen am Nervenkrankenhaus Bayreuth

1 Das Nervenkrankenhaus Bayreuth

Zur Veranschaulichung des Arbeitsumfeldes des von uns befragten Personals seien einige Bemerkungen zum "Nervenkrankenhaus des Bezirks Oberfranken in Bayreuth", so der offizielle Name, vorangestellt, die wir der Festschrift zum 100jährigen Bestehen der Klinik und statistischem Material aus dem Jahre 1976 entnehmen. Der weitauseinandergezogene Gebäudekomplex des Krankenhauses liegt im Nordwesten von Bayreuth und grenzt an die Wiesen des Maintals an.

Die Eröffnung der "Kreisirrenanstalt" erfolgte am 16. Mai 1870. Die zunächst 250 Krankenbetten konnten den Bedarf bei weitem nicht decken, und so kam es zu einer wiederholten Errichtung von Erweiterungsbauten, bis schließlich zu Beginn des ersten Weltkrieges circa 650 Patienten untergebracht werden konnten, eine Zahl, die in etwa auch für den Anfang des zweiten Weltkriegs zutrifft. Ab 1940 wurde die "Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth" als Kinderlandverschickungsheim der NSV entfremdet. Erst 1947 wurde sie wieder ihrem ursprünglichen Zweck zugeführt, wobei allerdings Bombenangriffe und Plünderungen die meisten Gebäude in einem ruinösen Zustand zurückgelassen hatten. Dies hat zur Folge, daß ein Großteil des heutigen Komplexes aus Neubauten oder renovierten Häusern besteht.

Die bereits im Jahre 1922 genehmigte, heutige staatliche Krankenpflegeschule des NKHB umfaßte während des Berichtszeitraumes 1976 drei Kurse mit insgesamt 108 Krankenpflegeschülern und -schülerinnen. Der Schwesternvorschule gehörten am 31. 12. 1976 40 Schülerinnen an. Im einzelnen sehen die Zahlen für den Krankenpflegedienst so aus:

<u>Tab. 1</u> Krankenpflegedienst am 31. 12. 1976				
	Examierte in Ausbildung			Gesamt
Pfleger	157	31	---	188
Schwester	142	77	40	259
Gesamt	299	108	40	447

Die Zahl der Planbetten beträgt 1486; der tatsächliche Krankenstand verhält sich folgendermaßen:

<u>Tab. 2</u> Patienten				
	Gesamt	Neurologie	Männer	Frauen
Krankenstand 1.1.1976	1308	25	634	674
Zugänge	2807	497	1459	1348
Abgänge	2818	501	1456	1362
Krankenstand 31.12.1976	1297	21	637	660

Den hohen Anteil der Langzeitpatienten bringt Tab. 3 zum Ausdruck.

<u>Tab. 3</u> Verweildauer der am 1.7.1976 anwesenden Patienten		
	Zahl	in Prozent
bis 3 Monate	291	22.5%
bis 1 Jahr	241	18.6%
bis 5 Jahre	215	16.6%
bis 10 Jahre	185	14.3%
bis 20 Jahre	207	16.0%
über 20 Jahre	155	12.0%
Gesamt	1294	100 %

Bei den am Stichtag 1.7.1976 anwesenden Patienten lagen folgende Diagnosen vor.

<u>Tab. 4</u> Diagnosen der am 1.7.1976 anwesenden Patienten	
Schizophrenie	605
Affektive Psychosen	61

Körperl. begründbare Psychosen	6
Neurosen	13
Persönlichkeitsstörungen	19
Alkoholismus	101
Medikamentenabhängigkeit	17
Psych. Störungen b. körperl. Krankheit	4
(prä)senile Demenzen	14
Schwachsinn jeden Grades	165
sonstige Diagnosen	289
Gesamt	1294

2 Methode der Umfrage

2.1 Fragebogen

Der von uns benutzte Fragebogen lehnt sich in Teilen eng an denjenigen an, der bei STUMMES Umfrage unter der Düsseldorfer Bevölkerung verwendet wurde. (27) Einige Änderungen schienen angebracht, da manche Formulierungen vermuten ließen, sie könnten in geradezu suggestiver Weise günstiges Antwortverhalten beim Befragten provozieren. Ein Beispiel: Wer hätte denn wohl etwas gegen "freundliche 2- und 3-Bettzimmer" für die Patienten einzuwenden?

Von den Verhaltensbeschreibungen nach STAR wurden drei Fälle ausgewählt, und zwar die Schilderungen einer jungen Frau und zweier junger Männer, die jeweils an einer Schizophrenia simplex, an einer Angstneurose und an einer paranoiden Schizophrenie leiden. Dazu wurden Angaben erbeten zur Einschätzung des persönlichen Leidens, zur passenden allgemeinen und psychiatrischen Beschreibung und zu angemessenen Sanktionen.

Von STUMME wurden v.a. die Fragen nach den Ursachen und

Heilungschancen psychischer Krankheiten und nach der Zuordnung von Sanktionen zu Verhaltensweisen übernommen. Außerdem wird zur Stellungnahme zu einigen Behauptungen aufgefordert, die psychisch Kranke und ihr Leiden zum Gegenstand haben.

Eigene Fragen vertiefen diese Thematik noch. Zusätzlich fanden Fragen von uns Verwendung, die die Einschätzung des Personals zum NKHB und den ausgeübten Beruf ermitteln und eine Beurteilung des persönlichen Engagements ermöglichen sollten.

Die Fragen sind in standardisierter, geschlossener Form nach dem multiple-choice-System verfaßt.

2.2 Sample - Soziologische Daten

Aus der Grundgesamtheit des Krankenpflegepersonals am Nervenkrankenhaus Bayreuth wurde anhand der alphabetisch geordneten Personalkartei durch Zufallsverfahren jeder Dritte ausgewählt (Tab. 1). Die Schülerinnen der Vorschule fanden keine Berücksichtigung, da ihr Einsatz auf den Stationen meist noch wenig patientenorientiert ist.

Unsere Fragestellung wollte auch eine Klärung hinsichtlich der Tatsache bringen, ob die Einstellungen durch das Lebensalter und/oder den Ausbildungsstand beeinflusst werden. Andererseits sind die Schüler aber vorwiegend jüngere Menschen. Deshalb wurden z.T. im Austausch mit jüngeren Schülern alle Auszubildenden, die im Jahre 1942 und früher geboren wurden, in die Stichprobe aufgenommen.

Ein neuer Kurs in der dreijährigen Ausbildung zum Krankenpfleger/schwester nahm zu Beginn unserer Untersuchung gerade den Unterricht auf. Die Teilnehmer die-

ses Kurses wurden deswegen in der Auswahl nicht berücksichtigt. Stattdessen wurde diejenige Gruppe, die wenige Tage vor unserer Befragung ihr Examen abgelegt hatte, in die Stichprobe als "in der Ausbildung befindlich" aufgenommen.

In diesem Zusammenhang ist noch auf die Tatsache hinzuweisen, daß es im NKHB nur die 3jährige Ausbildung zum Krankenpfleger/schwester gibt bzw. daß unter den Ausgebildeten keine Pflegehelfer, sondern nur Berufstätige mit Examen nach 3jähriger Ausbildung arbeiten.

Es ergab sich die angestrebte Stichprobe von 150 Beschäftigten, von denen 114 auch befragt werden konnten. (Tab. 5) Da keine Verweigerungen zu vermerken waren, zählen die 36 Ausfälle zur Kategorie "nicht erreichbar". Die Betroffenen waren aus verschiedenen Gründen nicht anzutreffen; z.T. befanden sie sich in Urlaub, waren krank, hatten dienstfrei, waren als Betreuer bei einem Ferienaufenthalt der Patienten eingesetzt oder sie wurden - im Falle der Nachtwachen - aus organisatorischen Gründen nicht aufgesucht. Da für die Nachtwachen im Dienstplanrhythmus Überwiegend die normalerweise tagsüber Eingesetzten eingeteilt werden, schien eine besondere Berücksichtigung dieser Gruppe entbehrlich.

<u>Tab. 5</u>	Sample	
	Stichprobe	Befragte
Frauen	78	56
Männer	72	58
Schüler	50	42
Examinierte	100	72
Gesamt	150	114

Die Gesamtheit des angetroffenen Pflegepersonals sei nun durch einige Daten näher charakterisiert. Das

Durchschnittsalter der Befragten beträgt 33.5 Jahre, davon sind 47 jünger als 30 Jahre und 67 30 Jahre und älter. (Tab. 6) Circa zwei Drittel sind verheiratet, ein Drittel ledig, der Großteil der Ledigen rekrutiert sich aus jüngeren weiblichen Schülern. (Tab. 7) Der evangelischen Konfession gehören mehr Pfleger und Schwestern an als der katholischen, wobei sich allerdings nur knapp ein Viertel als "praktizierende" Christen bezeichnen wollen. (Tab. 8) Die weitestgehende Schulbildung besteht bei der großen Mehrheit der Befragten in einer abgeschlossenen Volksschulbildung. Ebenso verhält es sich mit der Bildung des Ehepartners und des Vaters. (Tab. 9) Die Ehemänner der interviewten Schwestern sind vorzugsweise in einem Beruf mit abgeschlossener Lehre tätig, die Ehefrauen der Pfleger nur zur Hälfte, die andere Hälfte arbeitet daheim als Hausfrau. Der Beruf des Vaters wird zu einem Viertel als höher qualifiziert bezeichnet, d.h. z.B. Stellung als Meister oder eine bessere Position. (Tab. 10) Vom Zeitpunkt des abgelegten Exams an gerechnet üben fast zwei Drittel ihren Beruf schon länger als 10 Jahre aus, das restliche Drittel ist noch keine 10 Jahre tätig. (Tab. 11) Die genauen Werte sind den folgenden Zusammenstellungen zu entnehmen.

<u>Tab. 6</u>	Lebensalter	
	%	N
bis 19 Jahre	13.1 %	15
20 bis 29 Jahre	28.1 %	32
30 bis 39 Jahre	28.1 %	32
40 bis 49 Jahre	20.2 %	23
50 Jahre und älter	10.5 %	12
Summe	100 %	114

<u>Tab. 7</u>	Familienstand	
	%	N
verheiratet	61.4 %	70
ledig	31.6 %	36
verwitwet	3.5 %	4
geschieden	3.5 %	4
Summe	100 %	114

<u>Tab. 8</u>	Konfession			
evangelisch	58.8 %	praktizierend	27.4 %	
katholisch	40.3 %	nicht prakti- zierend	71.7 %	
keine	0.9 %	keine Angaben	0.9 %	
Summe N	114	Summe N	113	

<u>Tab. 9</u>	Weitestgehende Schulbildung		
	Personal	Ehegatte	Vater
Volksschule ohne Abschluß	--	--	0.9 %
Volksschule	83.3 %	88.6 %	81.6 %
Mittelschule ohne Abschluß	3.5 %	--	--
Mittelschule	7.9 %	8.6 %	8.8 %
Gymnasium ohne Abschluß	3.5 %	1.4 %	0.9 %
Gymnasium mit Abitur	1.8 %	1.4 %	3.5 %
Akademische Ausbildung	--	--	--
keine Angabe	--	--	4.4 %
Summe N	114	70	114

<u>Tab. 10</u>	Beruf des Ehegatten und Vaters	
	Ehegatte	Vater
Beruf ohne Lehre	7.1 %	7.9 %
Beruf mit Lehre	48.6 %	57.9 %
Meister o.ä.	8.6 %	22.8 %
Leitende Stellung	--	4.4 %

	Ehegatte	Vater
Akademiker	--	1.8 %
Hausfrau	32.9 %	--
in Ausbildung	2.8 %	--
keine Angabe	--	5.3 %
Summe N	70	114

Tab. 11 Zeitraum der Berufsausübung nach dem Examen

weniger als 5 Jahre	27.8 %
5 bis 10 Jahre	13.9 %
10 bis 20 Jahre	41.7 %
mehr als 20 Jahre	16.7 %
Summe N	72

2.3 Durchführung

Die Befragung im Nervenkrankenhaus Bayreuth wurde im Oktober 1976 durchgeführt. Nachdem der Pflegevorstand über unser Vorhaben informiert worden war, wurde mittels Anschlag auf allen Stationen auf unser Erscheinen aufmerksam gemacht und um Mithilfe bei der Aktion gebeten. In den Bereichsleitungen oder bei den Stationsleitern wurde die Dienstzeit bzw. die An- und Abwesenheit des ausgewählten Pflegepersonals ermittelt. Den ausgesuchten Schwestern und Pflegern wurde versichert, daß ihr Name zwar notwendig sei, um sie überhaupt auffinden zu können, ihre Anonymität aber trotzdem gewahrt bleibe, da die ausgefüllten Fragebögen selbst uncodiert seien.

Um Unterbrechungen und Störungen zu vermeiden, wurde uns jeweils auf der Station, auf der der Interviewte arbeitete, ein Raum zur Verfügung gestellt, in dem Interviewer und Befragte in Ruhe den Fragebogen durchgehen konnten.

Die Interviews wurden einzeln nacheinander durchgeführt, wobei zum besseren Verständnis der Interviewer die Fragen und Antworten verlas, und dem Interviewten gleichzeitig ein Muster des Fragebogens zum Mitlesen zur Verfügung stand. Das Einzelinterview dauerte durchschnittlich etwas länger als 30 Minuten. Konzentrierte Mitarbeit ließ die Zeitspanne auf 20 Minuten sinken, manche Befragung nahm bis zu einer Stunde in Anspruch. Es wurde bereits die Tatsache erwähnt, daß es zu keiner einzigen Verweigerung und zu keinem Abbruch der Befragung kam. Allerdings konnten wir auch nicht durchwegs mit der freundlichen Mitarbeit von Seiten des Personals rechnen. Vielmehr schlug uns teilweise ein ganz erhebliches Mißtrauen entgegen, das nur mit viel Mühe abgebaut werden konnte. Vor allen Dingen wurde der Verdacht erhoben, es handle sich um eine individuelle Prüfung, deren Ergebnis in der Personalkartei vermerkt werde und auch der Krankenhausdirektion zugänglich sei. Ein Großteil der Angesprochenen war aber so gleich zur Teilnahme bereit.

2.4 Auswertung

In der Folgezeit wurden die Antworten des Pflegepersonals von Hand ausgezählt. Es wurden die Ergebnisse für die Gesamtheit, die Gruppe der Frauen und Männer, der Schüler und Ausgebildeten und der Befragten von unter und über 30 Jahren Alter ermittelt. Mithilfe des χ^2 - Testes wurden die Resultate der Untergruppen auf signifikante Unterschiede überprüft. Bei einigen Fragen berechneten wir zum Zwecke der größeren Anschaulichkeit die Medianwerte. Im folgenden sollen nun die Ergebnisse unserer Untersuchung im einzelnen dargestellt werden.

C Ergebnisse der Untersuchung -
Urteile des Krankenpflegepersonals

1 Psychische Erkrankungen

1.1 Heilbarkeit (Frage 1)

"Lassen sich Ihrer Meinung nach psychische Erkrankungen eigentlich sehr häufig, häufig, selten oder nie heilen?" Auf die zu Beginn gestellte Frage nach der Heilbarkeit psychischer Erkrankungen antwortet etwa jeweils die Hälfte, daß diese ihrer Meinung nach sehr häufig oder häufig bzw. selten oder nie zu heilen seien. Die extremen Kategorien "sehr häufig" und "nie" werden dabei kaum genannt, die pessimistische Einstellung überwiegt um ein geringes. Zwischen den Gruppen ergeben sich kaum Unterschiede.

<u>Tab. 12</u>	Heilbarkeit psychischer Erkrankungen, N=114
	sehr häufig 3.5 %
	häufig 41.2 %
	selten 54.4 %
	nie 0.9 %

1.2 Ursachen (Frage 8)

"Man macht sich häufig einmal Gedanken, warum eigentlich manche Leute psychisch krank werden. Ich möchte Ihnen nun einige Ursachen vorlesen und Sie bitten, mir jeweils zu sagen, ob diese sehr häufig, häufig, selten oder nie als Grund für eine psychische Erkrankung infrage kommen.
a) unglückliche Familienverhältnisse b) nervliche und berufliche Überlastung c) Vererbung d) unbekannte Ursache e) tiefgreifende Erlebnisse (z.B. Krieg, Tod, Unglück) f) Willensschwäche g) Kopfverletzungen

h) ausschweifendes Leben."

Als Ursache für psychische Erkrankungen machen die Befragten v.a. soziale Faktoren verantwortlich, d.h. unglückliche Familienverhältnisse, nervliche und berufliche Überlastung sowie auch tiefgreifende Erlebnisse (z.B. Krieg, Tod u.ä.). Aber ebenso somatische Bedingungen wie Kopfverletzungen und vererbte Einflüsse werden häufig genannt. Dagegen tritt Selbstverschulden des Patienten in Form von Willensschwäche oder ausschweifendem Leben als Grund für eine psychische Erkrankung in den Hintergrund. Auch bislang noch unbekannte Ursachen vermutet nur eine Minderheit. Anhand der Medianwerte ergibt sich die in Abb. 1 dargestellte Reihenfolge der Nennungen, wobei die Befragten bei jeder der vorgegebenen möglichen Ursachen um ihre Stellungnahme gebeten wurden.

Abb. 1 Ursache psychischer Krankheiten, Median
(nie = 1, selten = 2, häufig = 3, sehr häufig = 4)

Unglückliche Familienverhältnisse	3.0
Nervl. und berufl. Überlastung	3.0
Kopfverletzungen	2.7
Tiefgreifende Erlebnisse	2.67
Vererbung	2.6
Willensschwäche	2.4
Unbekannte Ursache	2.3
Ausschweifendes Leben	2.3

Ausdrücklich hingewiesen sei auf die Tatsache, daß 43 % Willensschwäche und 36.8 % ein ausschweifendes Leben für eine (sehr) häufige Ursache psychischer Krank-

heiten halten.

Tab. 13	Ursache psychischer Krankheiten, N = 114 (in %)			
	nie	selten	häufig	sehr häufig
unglückl.Fa- milienverh.	--	12.3	70.2	17.5
nervl.u.berufl. o.9 Überlastung		17.5	65.8	15.8
Kopfverletzun- gen	1.8	40.4	49.1	8.8
tiefgreifende Erlebnisse	0.9	41.2	54.4	3.5
Vererbung	1.8	44.7	37.7	15.8
Willensschwäche	4.4	52.6	39.5	3.5
unbekannte Ursache	3.5	58.8	28.9	7.9
ausschweifend- des Leben	7.0	56.1	29.8	7.0

Obwohl die jüngeren Befragten im Gegensatz zur Vergleichsgruppe tendenziell eher eine Sozigenese und ältere ein Selbstverschulden bei der Verursachung in Erwägung ziehen, konnten nur hinsichtlich der Willensschwäche statistisch signifikante Unterschiede (2.5 % Signifikanz-Niveau) zwischen den bis zu 29jährigen und den Älteren festgestellt werden: Die über 30jährigen sehen wesentlich häufiger einen schwachen Willen als verantwortlich für eine psychische Erkrankung an. Andererseits bejahen weniger Schüler als Ausgebildete Vererbung als Grund für ein psychisches Leiden (5 %-Niveau).

Tab. 14	Willensschwäche als Ursache für eine psychische Erkrankung	
	< 30 Jahre	≥ 30 Jahre
nie	4.2 %	4.4 %
selten	66.0 %	43.3 %
häufig	29.8 %	46.3 %
sehr häufig	--	6.0 %
N	47	67

Tab. 15

Vererbung als Ursache für eine psychische Erkrankung

	Schüler	Exami nierte
nie	2.4 %	1.4 %
selten	59.5 %	36.1 %
häufig	23.8 %	45.8 %
sehr häufig	14.3 %	16.7 %
N	42	72

1.3 Attitüden gegenüber psychisch Kranken (Frage 9a-f)

"Wir haben einige Äußerungen zusammengestellt, die man immer wieder hören kann, wenn Gespräche über Leute geführt werden, die psychisch krank sind. Sagen Sie mir bitte, ob Sie dem Folgenden eher zustimmen oder es eher ablehnen.

- a) Wer einmal psychisch krank war, kann nie wieder seinen Beruf so ausüben wie früher
- b) Alle, die einmal psychisch krank waren, sollten ständig überwacht werden
- c) Leute, die psychisch krank waren, sollten nicht heiraten und keine Kinder haben
- d) Man sollte Leute, die einmal psychisch krank waren, nicht über ihr eigenes Leben entscheiden lassen
- e) Wenn jemand erst einmal psychisch krank ist, können die Ärzte auch nicht mehr helfen
- f) Menschen, die psychisch krank sind, sind unberechenbar und vor allem für Kinder gefährlich, deshalb dürfen sie auf keinen Fall frei herumlaufen."

Anhand einiger Likert-Items konnten wir feststellen, daß die Einstellung des Pflegepersonals gegenüber psychisch Kranken zwar insgesamt nur zum geringeren Teil von gewissen vorgefaßten Meinungen geprägt ist, gleichzeitig ist aber festzuhalten, daß die Ansichten der jüngeren Pflegepersonen sich signifikant (2.5 % Niveau) von denen des älteren Pflegepersonals unter-

scheiden.

Zwei Fünftel aller Befragten fordern eine ständige Überwachung aller, die einmal psychisch krank waren. Auf Nachfrage, von wem sie denn überwacht werden sollten, nennt die Mehrzahl eine medizinische Institution wie Gesundheitsamt oder Nervenklinik. Mehr als ein Drittel erklärt sich nicht damit einverstanden, wenn Leute, die psychisch krank waren, heiraten und insbesondere Kinder bekommen wollen. Jeder Siebte schließt eine volle berufliche Rehabilitation aus, und jeder Achte möchte vermeiden, daß psychisch Kranke wegen ihrer besonderen Gefährlichkeit für Kinder frei herumlaufen.

Bei den Einzelitems ergeben sich deutliche Unterschiede (97.5 % Aussage-Sicherheit) bei der Beurteilung, ob ehemalige psychisch Kranke heiraten und Kinder haben sollen. Die unter 30jährigen befürworten eine Ehe eindeutig häufiger. Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 2.5 % bevorzugen Männer im Gegensatz zu Frauen eine ständige Überwachung einmal psychisch krank Gewesener.

Tab. 16

Aussagen über psychisch Kranke

	Gesamt	<30 J.	≥30 J.	Frauen	Männer
Ständige Überwachung nötig	41.2%	36.2%	44.8%	30.4%	51.7%
Keine Heirat u. keine Kinder	36.0%	23.4%	44.8%	35.7%	36.2%
Berufsrehabilitation nicht möglich	14.9%	12.8%	16.4%	10.7%	19.0%
Unberechenbar, gefährlich	12.3%	12.8%	11.9%	12.5%	12.1%
Keine Entscheidung über eigenes Leben	4.4%	--	7.5%	5.4%	3.4%
Ärzte machtlos	2.6%	2.1%	3.0%	--	5.2%
N	114	47	67	56	58

1.4 Beurteilung des Suicids (Frage 24)

"Wie Sie wissen, weigert sich die Kirche zum Teil, Selbstmörder kirchlich beerdigen zu lassen. Halten Sie das für richtig?

- a) Ja, solche Leute haben das Recht auf eine kirchliche Beerdigung verwirkt
- b) Nein, das ist nicht gerechtfertigt. Denn die meisten Selbstmörder sind Kranke, die für Ihren Schritt nicht verantwortlich gemacht werden können. "

Die Verweigerung einer kirchlichen Beerdigung für einen Selbstmörder wird zu 100 % abgelehnt. Dieses Ergebnis ohne Gegenstimme spricht für die Einsicht, daß religiöse Gesichtspunkte bei der Beurteilung des Suicids für nicht angebracht gehalten werden, statt dessen die Selbsttötung in Beziehung zu einer psychischen Krankheit verstanden wird. In diesem Zusammenhang sei auch nochmals erwähnt, daß sich 71.7 % des Personals als nicht praktizierende Christen bezeichnen, die glaubensmäßigen Bindungen also offensichtlich gering sind.

2 Psychisch Kranke

2.1 Fallschilderungen nach STAR

2.1.1 Verhaltensbeschreibung einer jungen Frau, die an einer Schizophrenia simplex leidet (Frage 2)

"Im Folgenden werde ich Ihnen 3 Personen beschreiben. Sagen Sie mir doch bitte, was mit den Betreffenden los ist.

Stellen Sie sich bitte eine junge Frau vor, zwischen 20 und 30 Jahren. Angenommen sie heißt Karin Lauter.

Sie ist seit einiger Zeit nicht mehr berufstätig. Es scheint, als ob sie nie ausgehen, oder sich mit anderen treffen wolle. Sie ist sehr ruhig und unterhält sich sehr wenig mit anderen, nicht einmal mit ihren Angehörigen. Oft verhält sie sich so, als ob sie sich vor anderen fürchtet, besonders vor gleichaltrigen Männern. Immer wenn jemand die Familie besucht, bleibt sie so lange in ihrem Zimmer, bis der Besuch wieder fort ist. Sie ist immer allein und träumt den ganzen Tag vor sich hin. Sie interessiert sich für nichts und niemanden. "

2.1.1.1 Sensibilität für das individuelle Leiden

"Wenn Sie einmal daran denken, wie sich dieser Zustand für die junge Frau selbst auswirkt, was vermuten Sie, Glauben Sie, daß diese junge Frau unter diesem Verhalten selbst sehr leidet, leidet, nicht sehr leidet oder gar nicht leidet?"

Als erste von drei Fallschilderungen nach STAR wurde den Befragten die Kurzbeschreibung einer jungen Frau vorgelegt, die an einer Schizophrenia simplex leidet. Zunächst sollte der individuelle Leidensdruck der dargestellten Person beurteilt werden. Mit 86 % ist sich das Personal weitgehend einig darüber, daß die junge Frau unter ihrem Verhalten selbst leidet oder sehr leidet. Zwischen den einzelnen Gruppen ergeben sich keine bedeutenden Differenzen.

<u>Tab. 17</u>	Leidensdruck, Schizophrenia simplex, N=114
sehr leidet	50 %
leidet	36 %
nicht sehr leidet	8.8 %
gar nicht leidet	5.2 %

2.1.1.2 Allgemeine Verhaltensbeschreibung

"Was meinen Sie, ist mit der Betreffenden los?

Diese Frau ist nervenkrank, gemütskrank, geisteskrank, normal, mit den Nerven fertig, geistesgestört, verrückt."

Mit der Aufforderung an die Interviewten "Was meinen Sie, ist mit der Betreffenden los?" wurden anschließend einige allgemein beschreibende Begriffe für das Verhalten der jungen Frau vorgegeben. Knapp drei Viertel bezeichnen sie als gemütskrank, deutlich seltener werden "mit den Nerven fertig" und "nervenkrank" genannt. Extreme wie "normal" bzw. "geistesgestört" und "verrückt" werden praktisch nicht gewählt. Die Beurteilung fällt in allen Gruppen ähnlich aus.

<u>Tag. 18</u>	Beschreibung, Schizophrenia simplex, N=114
	gemütskrank 71.9 %
	mit den Nerven fertig 11.4 %
	nervenkrank 8.8 %
	geisteskrank 4.4 %
	normal 1.8 %
	geistesgestört 1.8 %

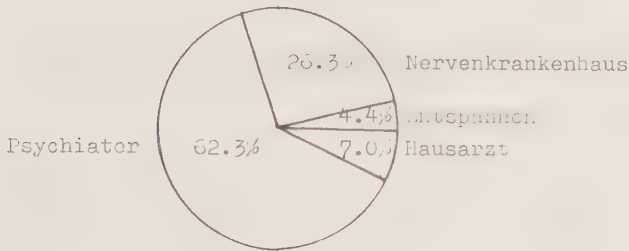
2.1.1.3 Zuordnung von Sanktionen

"Und was meinen Sie persönlich dazu: was sollte man mit einer solchen Frau tun? Diese sollte - längere Zeit ausspannen - in eine Nervenlinik gehen - nichts unternehmen - in eine Heilanstalt gehen - den Hausarzt aufsuchen - zum Psychiater gehen."

An Maßnahmen zur Behebung des beschriebenen Zustandes wird der jungen Frau zu zwei Dritteln empfohlen, einen Psychiater aufzusuchen. Ein Viertel des Personals befürwortet eine Unterbringung in einer Nervenlinik.

Eine Minderheit hält den Besuch beim Hausarzt oder sogar ein längeres Ausspannen für ausreichend.

Abb. 2 Sanktionen, Schizophrenia simplex, N=114



2.1.1.4 Versuch einer Diagnose

"Welche Diagnose stellen Sie?

- keine Krankheit - Neurose - Depression - Schizophrenie - Hysterie."

Anschließend sollte von den Befragten der Versuch einer konkreten Diagnosestellung gewagt werden. Angemerkt werden muß allerdings, daß die Diagnose im beschriebenen Falle tatsächlich nicht leicht zu stellen ist, da Ähnlichkeiten mit anderen Krankheitsbildern bestehen und auch die Kürze der Skizze eine Erschwerung darstellt. So ist die Tatsache, daß nur 4.4 % die zutreffende Diagnose Schizophrenie stellen, dafür aber drei Viertel eine Depression und jeder Siebte eine Neurose annimmt, nicht allzu bedeutsam. Schwerer wiegt hingegen, daß einige eine Krankheit völlig leugnen. Von den Schülern vermutet keiner eine Schizophrenie, von den Ausgebildeten knapp 7 %.

<u>Tab. 19</u>	Diagnose, Schizophrenia simplex, N=114	
	Depression	75.4 %
	Neurose	15.8 %
	Schizophrenie	4.4 %
	keine Krankheit	3.5 %
	keine Angabe	0.9 %

2.1.2 Verhaltensbeschreibung eines jungen Mannes,
der an einer Angstneurose leidet (Frage 3)

" Stellen Sie sich bitte einen jungen Mann vor. Wir nehmen einmal an, er heißt Alfons Burger. In seinem Beruf findet er sich gut zurecht. Meistens kommt er mit anderen Menschen gut aus, aber er ist immer sehr empfindlich, wenn irgendetwas schiefgeht oder wenn man ihn auf seine Fehler aufmerksam macht. Er regt sich über Kleinigkeiten auf und scheint dauernd schlecht gelaunt und unzufrieden zu sein. Nachts findet er häufig keinen Schlaf, weil er dann viel über die Vergangenheit nachgrübelt und sich Sorgen über Dinge macht, die vielleicht einmal mißlingen könnten.

- a) Wenn Sie einmal daran denken, wie sich dieser Zustand für den jungen Mann selbst auswirkt, was vermuten Sie? Glauben Sie, daß dieser junge Mann unter diesem Verhalten selbst, sehr leidet, leidet, nicht sehr leidet oder gar nicht leidet?
- b) Was meinen Sie ist mit dem Betreffenden los?
Dieser Mann ist nervenkrank - gemütskrank - geisteskrank - normal - mit den Nerven fertig - geistesgestört - verrückt.
- c) Und was meinen Sie persönlich dazu: was sollte man mit einem solchen Mann tun?
Dieser Mann sollte - längere Zeit ausspannen - in eine Nervenklinik gehen - nichts unternehmen - in

eine Heilanstalt gehen - den Hausarzt aufsuchen - zum Psychiater gehen.

d) Welche Diagnose stellen Sie? Keine Krankheit - Neurose - Depression - Schizophrenie - Hysterie."

2.1.2.1 Sensibilität für das individuelle Leiden

An zweiter Stelle wurde das Personal mit der Schilderung eines jungen Mannes konfrontiert, der an einer Angstneurose leidet. Dazu wurden dieselben Fragen wie im vorhergehenden Beispiel vorgelegt. Auch hier bescheinigen die Interviewten dem Beschriebenen zu 85 %, daß er wohl unter seinem Verhalten sehr leide oder leide. Männer gestehen ihrem Geschlechtsgenossen einen Signifikant (2.5 % Niveau) höheren Leidensdruck zu als Frauen. Das läßt sich unter Umständen so interpretieren, daß die weiblichen Pflegekräfte eine derartige "leidende" Einstellung für unvereinbar mit der Rolle als Mann halten, während die Pfleger das beschriebene Verhalten eher nachempfinden können.

<u>Tab. 2a</u>	Leidensdruck, Angstneurose		
	Gesamt	Frauen	Männer
sehr leidet	33.3%	33.9%	32.8%
leidet	51.8%	42.9%	60.3%
nicht sehr leidet	14.0%	21.4%	6.9%
gar nicht leidet	0.9%	1.8%	--
N	114	56	58

2.1.2.2 Allgemeine Verhaltensbeschreibung

Allgemein bezeichnen die Befragten den jungen Mann zu 60 % als "mit den Nerven fertig", ein Viertel entscheidet sich für "gemütskrank", ein Zehntel für "nervenkrank".

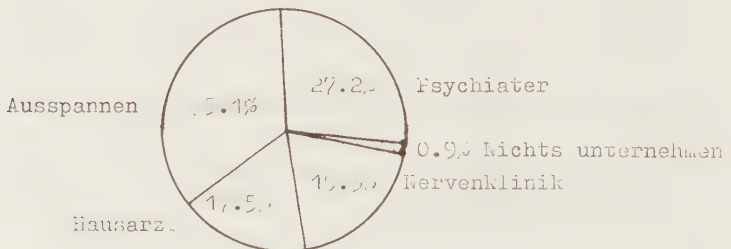
Eine kleine Minderheit hält das Verhalten für "normal" oder attestiert "Geisteskrankheit" bzw. "Geistesstörung". Die Antworten der einzelnen Gruppen unterscheiden sich nicht deutlich.

<u>Tab. 21</u>	Beschreibung, Angstneurose, N = 114
mit den Nerven fertig	60.5 %
gemütskrank	22.8 %
nervenkrank	10.5 %
normal	4.5 %
geisteskrank	1.8 %
geistesgestört	0.9 %

2.1.2.3 Zuordnung von Sanktionen

Über die angemessenen Sanktionen bei einem derartigen Verhalten gehen die Meinungen weit auseinander. Ein Drittel hält ein längeres Ausspannen für therapeutisch ausreichend. Jeder Sechste empfiehlt einen Besuch beim Hausarzt, ein Viertel hält den Psychiater für die passende Anlaufstelle und 20 % raten den Aufenthalt in einer Nervenklinik an. Auch zwischen den von uns untersuchten Gruppen differiert die Einstellung, ohne daß allerdings eine einheitliche Tendenz resultiert.

Abb. 3 Sanktionen, Angstneurose N = 114



2.1.2.4 Versuch einer Diagnose

Auch bei der Diagnosestellung ist man sich uneins. Jeweils etwa ein Viertel verneint eine Krankheit überhaupt, vermutet die - tatsächlich zutreffende - Neurose oder hält eine Depression für möglich, eine Annahme, die aufgrund der Beschreibung auch durchaus verständlich ist. Über 11 % diagnostizieren eine Hysterie. Die bereits berufserfahrenen Pflegekräfte sind in der Diagnosestellung sicherer als ihre in Ausbildung befindlichen Kollegen (5 % Niveau). Während die Schüler eher keine Krankheit oder Hysterie unterstellen, nimmt der Rest eher eine Neurose oder eine Depression an.

	Diagnose, Angstneurose		
	Gesamt	Schüler	Examinierte
Depression	29.8%	14.3%	38.9%
keine Krankheit	28.1%	38.1%	22.2%
Neurose	26.3%	28.6%	25.0%
Hysterie	11.4%	14.3%	9.7%
Schizophrenie	2.6%	2.4%	2.8%
keine Angabe	1.8%	2.4%	1.4%
N	114	42	72

2.1.3 Verhaltensbeschreibung eines Mannes, der an einer paranoiden Schizophrenie leidet (Frage 4)

"Stellen Sie sich einen Mann vor, der sehr mißtrauisch ist. Wir nennen ihn einmal Artur Harder. Er traut niemandem und ist der festen Überzeugung, daß alle gegen ihn sind. Häufig glaubt er, daß die Menschen, denen er auf der Straße begegnet, über ihn sprechen und ihn beobachten. Einigemal hat er Leute brutal geschlagen, die er gar nicht kannte. Ein anderesmal seine Frau fürchterlich beschimpft und dann geschlagen. Er hat ihr auch

gedroht, sie zu töten, weil er glaubt, daß sie gegen ihn arbeitet, genau wie alle anderen."

2.1.3.1 Sensibilität für das individuelle Leiden.

Die dritte, recht anschauliche Beschreibung befaßt sich mit dem Verhalten eines Mannes, der an einer paranoiden Schizophrenie erkrankt ist. Wahrscheinlich abgeschreckt durch die Erwähnung verschiedentlichcr Tötlichkeiten und Morddrohungen ist die Anzahl derer, die dem Geschilderten einen hohen Leidensdruck zubilligen, wesentlich geringer als bei den beiden anderen Fällen: Über ein Viertel der Befragten glaubt, daß der Betreffende unter seinem Verhalten nicht sehr oder gar nicht leide. (Tab. 23)

Interessanterweise vermögen die in Ausbildung stehenden Pflegekräfte einen Leidensdruck in entscheidend (97.5% Aussage-Sicherheit) höherem Maße nachzuempfinden als ihre bereits ausgebildeten Mitarbeiter. Nicht ganz so deutlich (95 % Aussage-Sicherheit) kommt das auch beim Vergleich der jüngeren zu den älteren Befragten zum Vorschein.

<u>Tab. 23</u> Leidensdruck, Paranoia, N = 114		
sehr leidet	37.7 %	} 71.9 %
leidet	34.2 %	
nicht sehr leidet	12.3 %	} 28.1 %
gar nicht leidet	15.8 %	

<u>Tab. 24</u>		Leidensdruck, Paranoia			
	Schüler	Examierte		3o J.	3o J.
sehr leidet	85.7%	63.9%	}	83%	64.2%
+ leidet					
nicht sehr +	14.3%	36.1%		17%	35.8%
gar nicht leidet					
N	42	72		47	67

2.1.3.2 Allgemeine Verhaltensbeschreibung

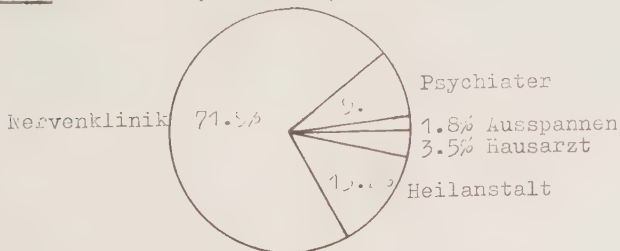
Das im dritten Fall dargestellte Verhalten belegt etwa die Hälfte des Personals mit dem Begriff "geisteskrank", ein Drittel bezeichnet den beschriebenen Mann als "nervenkrank", jeder Siebte nennt ihn "geistesgestört". Als "normal" empfindet ihn niemand mehr, als "verrückt" kennzeichnet ihn nur einer. Zwischen den Gruppen bestehen keine signifikanten Unterschiede.

<u>Tab. 25</u>	Beschreibung, Paranoia, N = 114
geisteskrank	46.5 %
nervenkrank	29.8 %
geistesgestört	14.0%
gemütskrank	5.3%
mit den Nerven fertig	3.5%
verrückt	0.9%

2.1.3.3 Zuordnung von Sanktionen

Deutlich weitergehende Sanktionen als bei den vorhergehenden Fallschilderungen empfiehlt das Personal dieses Mal. Beinahe drei Viertel raten einen Aufenthalt in einer Nervenklinik an, ein Achtel befürwortet sogar die Unterbringung in einer Heilanstalt, etwas weniger begnügen sich mit einem Besuch beim Psychiater. Auch den Hausarzt aufzusuchen und längere Zeit auszuspinnen halten einige für angemessene Maßnahmen. Die Gruppen ähneln sich in ihren Empfehlungen weitgehend.

Abb. 4 Sanktionen, Paranoia, N = 114



2.1.3.4 Versuch einer Diagnose

Da die Beschreibung des Mannes mit seinem Mißtrauen, Verfolgungswahn und seinen unmotivierten Gewalttätigkeiten ziemlich eindeutig ist, haben die Befragten mit ihrer Diagnosestellung in diesem Falle auch weniger Schwierigkeiten. Vier Fünftel vermuten mit Recht eine Schizophrenie; das restliche Fünftel stellt verschiedene Fehldiagnosen. Zwischen den Gruppen bestehen nur geringe Differenzen.

<u>Tab. 26</u>	Diagnose, Paranoia, N = 114
Schizophrenie	79.8 %
Neurose	7.0 %
Hysterie	7.0 %
Depression	3.5 %
keine Krankheit	1.8 %
keine Angaben	0.9 %

2.2 Zuordnung von Sanktionen zu Verhaltensweisen (Frage 5)

"Ordnen Sie bitte die genannten Verhaltensweisen den Ihrer Meinung nach angemessenen Maßnahmen zu. A) Verhaltensweisen: tobsüchtig, gemütskrank, geistesgestört, normal, schwachsinnig, verrückt, mit den Nerven fertig, geisteskrank, nervenkrank. B) Sanktionen: einen Psychiater aufsuchen, in eine Nervenklinik gehen, längere Zeit ausspannen, in eine Heilanstalt gehen, nichts unternehmen, den Hausarzt aufsuchen."

Das Problem, inwiefern das Personal in der Lage ist, vorgegebene Verhaltensweisen mit entsprechenden Maßnahmen zu beantworten, wurde in dieser Frage noch einmal aufgegriffen. Anstelle der relativ detaillierten Falldarstellung

treten diesmal kurz beschreibende Begriffe, die man als zum Teil auch umgangssprachliche Synonyma für verschiedene Schweregrade von "psychisch krank" ansehen kann. Als Nullpunkt ohne krankhaften Wert wird das Verhalten "normal" genannt. Man kann nun das empfohlene Vorgehen nach der Reihenfolge zunehmend schärferer Sanktionierung ordnen:

- Nichtsunternehmen
- längere Zeit ausspannen
- Hausarzt aufsuchen
- Psychiater aufsuchen
- in die Nervenlinik gehen
- in die Heilanstalt gehen

Betrachtet man dann umgekehrt die Verhaltensweisen, so ergibt sich folgende Reihung für diese, bei deren Auftreten eine jeweils weitergehende Sanktionierung erfolgen soll.

Normal → mit den Nerven fertig → gemütskrank → nervenkrank → tobsüchtig → geisteskrank → verrückt → geistesgestört → schwachsinnig. Die Reihenfolge ist nicht kontinuierlich, v.a. zwischen nervenkrank und tobsüchtig erfolgt ein Sprung.

Tab. 27 Zuordnung von Sanktionen zu Verhaltensweisen,
N = 114 in %

1 = Nichts unternehmen, 2 = Ausspannen, 3 = Hausarzt, 4 = Psychiater, 5 = Nervenlinik 6 = Heilanstalt

	1	2	3	4	5	6
Normal	77.2	6.1	16.7	-	-	-
m.d.Nerven fertig	--	32.5	15.8	28.9	20.2	2.6
gemütskrank	--	3.5	14.0	54.4	24.6	3.5
nervenkrank	--	---	2.6	24.6	66.7	6.1
tobsüchtig	--	1.8	---	9.6	66.7	20.2
geisteskrank	0.9	---	---	9.6	65.8	23.7
verrückt	--	0.9	---	11.4	59.6	28.1
geistesgestört	--	---	0.9	11.4	50.9	36.8
schwachsinnig	6.1	---	2.6	7.9	31.6	51.8

Die Tatsache, daß schon bei "normalem" Verhalten fast ein Viertel der Befragten Schritte empfiehlt, die über "nichts unternehmen" hinausgehen, läßt einerseits auf mangelnde Achtsamkeit bei der Beantwortung der Frage schließen, da offensichtlich nicht alle Antwortkategorien erfaßt wurden. Andererseits liegt möglicherweise die Tendenz vor, hinter allen vorgegebenen Problemen irgendetwas Pathologisches zu vermuten und dann natürlich auch entsprechend zu sanktionieren.

Das Spektrum der Empfehlungen für den Fall, daß jemand mit den Nerven fertig ist, geht weit: Es reicht vom längeren Ausspannen bis zur Einweisung in eine Nervenlinik. Dem Gemütskranken wird v.a. ein Besuch beim Psychiater empfohlen, dem Nervenkranken ein Aufenthalt in der Nervenlinik.

Bei den anderen Begriffen beschränkt sich das Personal eigentlich nur noch auf die Alternative, ob die Nervenlinik oder die Heilanstalt der geeignetere Behandlungs- und Unterbringungsort sei. Auf Anfrage wurde hierbei vom Interviewer - wie schon bei den Fallschilderungen zuvor - bewußt darauf verzichtet, Erläuterungen zu diesen Begriffen vorzunehmen. Es wurde darauf hingewiesen, daß es darauf ankäme, was der Befragte selbst sich unter den genannten Institutionen vorstelle und er für den Fall, daß es seiner Meinung nach gar keine Heilanstalten gäbe, natürlich die entsprechende Maßnahme nicht gut wählen könne.

So wird von "tobsüchtig" über "geisteskrank" und "verrückt" bis zu "geistesgestört" der Anteil der Heilanstalt-Befürworter zunehmend größer. Bei "schwachsinnig" schließlich bevorzugt die Mehrheit die Heilanstalt, weniger als ein Drittel entscheidet sich für die Nervenlinik. Insgesamt kann man sagen, daß dem jeweils auffälligeren

und krankhafteren Verhalten auch die jeweils einschneidenderen Sanktionen zugeordnet werden, der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit also - vom Detail abgesehen - im großen und ganzen gewahrt ist.

Während sich zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen in der Beurteilung der passenden Maßnahmen keine gravierenden Unterschiede ergeben, trifft das für den Faktor Ausbildungsstand nicht zu. Untersucht man, welche Mittel denn nun bevorzugt werden, wenn alle Verhaltensweisen zusammengefaßt werden, so ergeben sich zwischen den Schülern und den examinieren Pflegekräften signifikante Differenzen. (2.5 % Irrtumswahrscheinlichkeit) Und zwar gehen diese vor allen Dingen auf die Tatsache zurück, daß die im Beruf stehenden relativ eher auf den Psychiater verweisen, während die Kollegen in Ausbildung häufiger einen Aufenthalt in einer Heilanstalt anraten. Außer bei der Summe der Verhaltensweisen macht sich diese Tendenz in signifikantem Umfang im einzelnen auch bemerkbar bei nervenkrank (5 %), geistesgestört (2.5 %) und schwachsinnig (2.5 % - Niveau).

Infolge der vorgefundenen Interviewsituation und aufgrund später noch zu besprechender Ergebnisse drängt sich die Vermutung auf, daß die jeweilige Gruppe aus einer gewissen Verlegenheit heraus ihre Präferenzen getroffen hat.

Und zwar bestehen gerade bei den Schülern, wie an anderer Stelle noch zu zeigen sein wird, relativ unklare Vorstellungen über die Institution Heilanstalt, ihr wird aber, da die anderen Maßnahmen anscheinend ungenügend sind, eine gewisse Erfolgchance zugebilligt. Möglicherweise spielt dabei die Herleitung von Wortteil "Heilen" eine besondere Rolle. Ähnliches scheint für die im Beruf stehenden bei der Person des Psychiaters zuzutreffen, dessen Möglichkeiten und Grenzen höher als im Vergleichskollektiv angesetzt werden.

Tab. 28

Zuordnung von Sanktionen zu Verhaltensweisen
 Vergleich 42 Schüler = A zu 72 Examineierte = B
 in %

1 = Nichts unternehmen, 2 = Ausspannen, 3 = Hausarzt,
 4 = Psychiater, 5 = Nervenlinik, 6 = Heilanstalt

		1	2	3	4	5	6
normal	A	80.9	4.8	14.3			
	B	75.0	6.9	18.1			
m.d.Nerven fertig	A		35.7	11.9	26.2	23.8	2.4
	B		30.6	18.1	30.6	18.1	2.8
gemütskrank	A		7.1	14.3	57.1	14.3	7.1
	B		1.4	13.9	52.8	30.6	1.4
nervenkrank	A			4.8	11.9	73.8	9.5
	B			1.4	31.9	62.5	4.2
tobsüchtig	A		2.4	2.4	9.5	69.0	16.7
	B		1.4	1.4	9.7	65.3	22.2
geisteskrank	A				2.4	66.7	31.0
	B	1.4			13.9	65.3	18.1
verrückt	A		2.4		7.1	59.5	31.0
	B				13.9	59.7	26.4
geistesgestört	A				2.4	47.6	50.0
	B			1.4	16.7	52.8	29.2
schwachsinnig	A	4.8		2.4	2.4	21.4	69.1
	B	6.9		2.8	11.1	37.5	41.7
Gesamt	A	9.5	5.8	5.6	13.2	41.8	24.1
	B	9.3	4.5	6.3	20.1	43.5	16.4

2.3 Beurteilung von Patientengruppen mit unterschiedlichen Diagnosen (Frage 7)

"Bei Ihrer Arbeit haben Sie mit verschiedenen Gruppen von Kranken zu tun. Wie beurteilen Sie diese unterschiedlichen Patientenkreise?

A)a)Depressive sind... b)Schizophrene... c)Suchtkranke...

- d) Geistesschwache... e) Alterskranke...
- 8)a) eher gefährlich / ungefährlich
 b) eher therapierbar / nicht therapierbar
 c) eher angenehm / unangenehm
 d) eher berechenbar / unberechenbar
 e) eher zeitaufwendig / weniger zeitaufwendig
 f) in einem selbst eher aggressionsfördernd / eher nicht aggressionsfördernd
 g) eher bemitleidenswert / weniger bemitleidenswert
 h) eher ärgerlich / nicht ärgerlich"

2.3.1 Depressive Patienten

Anhand von acht alternativ vorgebrachten Eigenschaften hatten die Pflegekräfte Gelegenheit, die fünf wichtigsten Patientengruppen aus ihrer persönlichen Sicht zu beurteilen. Als erstes wurde die Bewertung der an einer Depression leidenden Patienten verlangt. Weitgehend einig ist sich das Personal hierbei, daß es diesen Kranken viel Zeit widmen muß, daß Depressive bemitleidenswert seien, eine Behandlung aber durchaus Erfolg habe. Knapp zwei Drittel empfinden den Umgang mit diesen Patienten als angenehm, doch fast ein Drittel gibt zu, daß sie das Verhalten depressiver Kranker für aggressionsfördernd halten. Immerhin über ein Viertel hält sie für gefährlich, wobei ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, daß in diesem Zusammenhang die Gefahr für die Umwelt, nicht die Selbstgefährdung gemeint sei. Drei Viertel der Befragten attestieren dieser Gruppe Unberechenbarkeit, einige wenige empfinden sie einfach als ärgerlich. Beim Vergleich der Pflegekräfte untereinander fällt auf, daß sowohl die Berufstätigen als auch die Älteren einen höheren Grad an Mitleid angeben als die jeweilige Vergleichsgruppe (beide Male 1 % Signifikanzniveau).

Andererseits empfinden deutlich mehr (5 %-Niveau) Pflegekräfte, die ihre Ausbildung bereits abgeschlossen haben, die Depressiven als für sie selbst ärgerlich. Männer schätzen diese Krankengruppe als gefährlicher ein als Frauen (2.5 % - Niveau).

<u>Tab. 29</u>		Beurteilung depressiver Patienten	
	Gesamt	Gruppenvergleich	
zeitaufwendig	90.4%		
bemitleidenswert	83.3%	{ 71.4% Schüler 90.3% Examierte 72.3% <30 Jahre 91.0% >30 Jahre	
therapierbar	82.5%		
angenehm	64.9%		
aggr. fördernd	28.9%		
gefährlich	28.1%	17.9% Frauen	37.9% Männer
berechenbar	27.2%		
ärgerlich	14.0%	4.8% Schüler	19.4% Examierte

2.3.2 Schizophrene Patienten

Patienten, die an einer Schizophrenie leiden, sind in erster Linie durch ihre Unberechenbarkeit gekennzeichnet, dazu gelten sie auch noch als gefährlich. Andererseits bringt das Personal ihnen aber auch in hohem Maße Mitleid entgegen und glaubt zu zwei Dritteln, daß man ihnen viel Zeit widmen müsse. Über die Hälfte der Befragten hat das Gefühl, daß das Verhalten der Schizophrenen in ihnen selbst Aggressionen fördere. Weniger als 50 % sehen bei der Therapie gute Erfolgsaussichten. Als angenehm und ärgerlich empfinden etwa genausoviele Pflegekräfte diese Patienten.

Schwestern und Pfleger sind sich bei der Beurteilung der Gefährlichkeit der an einer Schizophrenie erkrankten

Patienten uneins: Männer empfinden diese als größere Bedrohung als Frauen (2.5% Niveau). Da die Pfleger größtenteils auf Männerstationen, die weiblichen Pflegekräfte vorzugsweise auf Frauenstationen eingesetzt sind, dürfte dieser Einschätzung eine reale Erfahrung zu Grunde liegen, deren Konsequenz sich auch in folgendem ausdrückt: Die Schwestern bezeichnen diese Patientengruppe eher als angenehm (0.1% Niveau), die Pfleger als ärgerlich (2.5% Niveau).

<u>Tab. 30</u>		Beurteilung schizophrener Patienten	
	Gesamt	Frauen	Männer
bemitleidenswert	78.9%		
gefährlich	74.6%	64.3%	84.5%
zeitaufwendig	67.5%		
aggressionsfördernd	51.8%		
therapierbar	45.6%		
angenehm	40.4%	57.1%	24.1%
ärgerlich	38.6%	26.8%	50.0%
berechenbar	7.0%		
N	114	56	58

2.3.3 Suchtkranke Patienten

Ungünstig schneidet die Gruppe der Suchtkranken bei der Beurteilung durch das Personal ab. Man müsse zwar viel Zeit für sie aufwenden, aber fast drei Viertel der Befragten schreibt ihnen die Attribute unangenehm, unberechenbar und gefährlich zu. Die Hälfte nennt sie ärgerlich und aggressionsfördernd. Die Mehrheit hält eine Therapie für erfolgversprechend; nur eine Minderheit kann Mitleid für die Süchtigen aufbringen.

Bemerkenswert fällt der Vergleich zwischen den Pflegegruppen aus, denn die Männer empfinden die Suchtkranken als weniger unangenehm (99.5% Aussage-Sicherheit), weniger aggressionsfördernd (5% Signifikanz-Niveau) und eher berechenbar (99.5% Wahrscheinlichkeit) als die Kolleginnen. Ebenso treten die jüngeren Pflegekräfte auf. Sie nennen die Süchtigen eher ärgerlich (5% Niveau), weniger angenehm (2.5% Niveau) und v.a. weniger bemitleidenswert (0.1% Irrtumswahrscheinlichkeit) als die älteren Pfleger. Mitleid zeigt sich auch bei den Schülern weniger ausgeprägt (2.5% Niveau).

<u>Tab. 31</u>		Beurteilung suchtkranker Patienten			
	Gesamt	Gruppenvergleich			
zeitaufwendig	79.8%				
gefährlich	70.2%				
therapierbar	55.3%				
ärgerlich	53.5%	65.9% <30 Jahre	44.8% >30 Jahre		
aggr.fördernd	51.8%	60.7% Frauen	43.1% Männer		
bemitleidenswert	41.2%	{ 26.2% Schüler		50.0% Examierte	
		{ 19.2% <30 Jahre		56.8% >30 Jahre	
berechenbar	27.2%	16.1% Frauen	37.9% Männer		
angenehm	27.2%	{ 16.1% Frauen		37.9% Männer	
		{ 14.9% <30 Jahre		35.8% >30 Jahre	

2.3.4 Geistesschwache Patienten

Die Oligophrenen erfahren in den Augen des Personals keine ungünstige Beurteilung. Sie werden zum Großteil als bemitleidenswert, nicht ärgerlich, nicht aggressionsfördernd, ungefährlich und angenehm bezeichnet. Obwohl der Umgang mit ihnen als zeitaufwendig gilt, räumen drei Viertel

einer Behandlung keine Chancen ein. Über die Hälfte bescheinigt ihnen allerdings eine gewisse Unberechenbarkeit, die andere Hälfte leugnet das.

Zwischen den interessierenden Pflegekräften herrscht diesmal weitgehend Einigkeit, nur vermögen die Männer mehr Mitleid aufzubringen (2.5% Niveau) als die Frauen, und die Schüler erweisen sich als weniger geduldig, sie geben an, durch die Geistesschwachen eher in ihren Aggressionen gefördert zu werden (2.5% Niveau).

<u>Tab. 32</u>	Beurteilung oligophrener Patienten	
	Gesamt	Gruppenvergleich
bemitleidenswert	92.1%	85.7% Frauen 98.3% Männer
angenehm	80.7%	
zeitaufwendig	71.1%	
berechenbar	44.7%	
therapierbar	25.4%	
gefährlich	18.4%	
aggress. fördernd	15.8%	26.2% Schüler 9.7% Examierte
ärgerlich	7.9%	

2.3.5 Alterskranke Patienten

Beinahe noch günstiger als die Meinung über die Oligophrenen fällt die Bewertung der Alterskranken aus. Sie gelten als absolut ungefährlich, werden als angenehm und nicht ärgerlich empfunden und sind nicht in der Lage, Aggressionen beim Personal zu wecken. Für ihre Pflege ist ein hoher Zeitaufwand nötig, aber einer Behandlung räumt nur noch ein Drittel der Befragten gute Chancen ein. Etwa je ein Viertel hält die geriatrischen Patienten allerdings für unberechenbar und ihren Zustand für weniger bemitleidenswert. Die einzelnen Pflegegruppen stimmen in

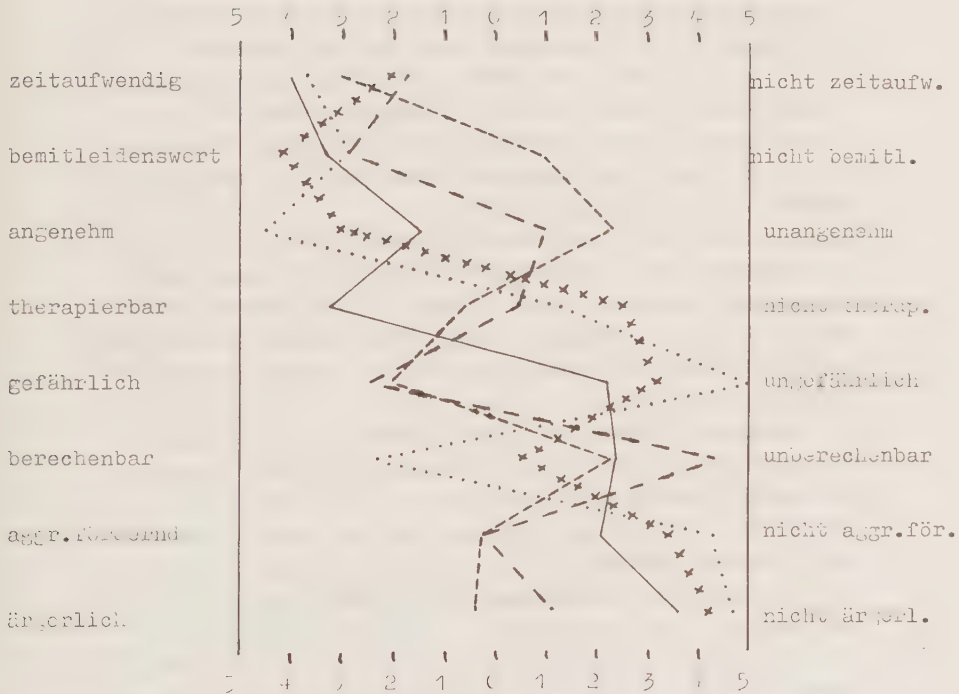
ihrer Einschätzung weitgehend überein.

<u>Tab. 33</u>	Beurteilung alterskranker Patienten, N = 114
angenehm	94.7%
zeitaufwendig	86.8%
bemitleidenswert	78.9%
berechenbar	72.8%
therapierbar	36.8%
aggr.fördernd	7.0%
ärgerlich	2.6%
gefährlich	0%

Man kann die Entscheidungen des Personals nun noch unter einem anderen Aspekt auswerten, indem man nämlich die jeweiligen Beurteilungskriterien heranzieht und ihnen die einzelnen Patientengruppen in der Reihenfolge ihrer Nennungshäufigkeit zuordnet; dabei ergeben sich interessante Ergebnisse.

Abb. 5 Beurteilung verschiedener Patientengruppen

Depressive	—————
Alterskranke	
Suchtkranke	-----
Oligophrene	xxxxxxxxxxxxxxxxxx
Schizophrene	- - - - -



Im wesentlichen einig ist man sich darüber, daß alle Kranken einen großen Zeitaufwand benötigen, insbesondere die Depressiven und Alterskranken, aber ebenso die Süchtigen und in geringerem Umfang die Geistes schwachen und Schizophrenen.

Auch Mitleid wird allen Patientengruppen in hohem Maße zuteil, am eindeutigsten den Oligophrenen; nur den Suchtkranken verweigert die Mehrheit ihr Mitgefühl.

Entsprechend rangieren die Süchtigen auch an der Spitze der Skala, wenn das Personal danach befragt wird, ob es diese als ärgerlich empfinde. Mit Abstand folgen die Schizophrenen, schließlich die anderen Gruppen.

Genauso sieht es bei der Eigenschaft "aggressionsfördernd" aus: hier führen Suchtkranke und Schizophrene, deutlich zurück liegen die Depressiven.

Im gleichen Sinne ist zu verstehen, daß die Alterskranken als angenehm gelten, ebenso wie auch in geringerem Umfang die Debilen, während für die Depressiven nur noch zwei Drittel dieses Attribut wählen und schließlich die Schizophrenen und v.a. Suchtkranken mehrheitlich als unangenehm bezeichnet werden.

Für gefährlich werden vor allen Dingen die Schizophrenen und Suchtkranken gehalten, die anderen Patienten werden als weniger bedrohlich erachtet.

Außer den Alterskranken wird dem Rest mit Mehrheit Unberechenbarkeit bescheinigt, allen voran den Schizophrenen, gleichauf gefolgt von Depressiven und Süchtigen.

Die größten Behandlungschancen verspricht man sich bei den Depressiven, während man bei den Süchtigen und Schizophrenen unentschieden ist. Geringe Erfolge bei der Therapie werden den Alterskranken und Oligophrenen zugetraut.

Stellt man zusammenfassend eine Reihenfolge der Beliebtheit der Patientengruppen beim Personal auf, so rangieren die Alterskranken ganz oben, knapp gefolgt von den

Geistesschwachen. Im Mittelfeld liegen die Depressiven, deutlich dahinter die Schizophrenen; Am Schluß dieser Skala befinden sich die Suchtkranken.

Interessant an diesen Ergebnissen ist, daß der Umgang mit Patienten, die v.a. der pflegerischen, also traditionell versorgenden Rolle des Personals entgegenkommen, von diesen am meisten geschätzt wird, das sind die Oligophrenen und geriatrisch Kranken. Umgekehrt werden diejenigen Patienten, die vom einzelnen persönlichen Einsatz und psychisch-geistige Auseinandersetzung, ja Herausforderung abverlangen, deutlich weniger bevorzugt; das gilt v.a. für die Suchtkranken.

Bleibe noch anzumerken, daß die männlichen Pflegekräfte, wenn man alle 5 Patientengruppen zusammenfaßt, diese insgesamt eher für berechenbar halten als die weiblichen (99.5% Aussage-Sicherheit). Ein besonders deutlicher (99.9% Aussage-Sicherheit) Unterschied wird auch bei der Einschätzung des Mitleids sichtbar: Die Schüler vermögen nicht in gleichem Maße Mitgefühl aufzubringen wie die ausgebildeten Pfleger. Dasselbe gilt in geringerem Umfang auch für das Verhältnis der jüngeren zu den älteren Pflegekräften (99.5% Wahrscheinlichkeit). Schüler und jüngeres Personal gaben im Rahmen des Interviews oft spontan an, Mitleid würde diesen Kranken nichts einbringen, sie bräuchten vielmehr echte Hilfe.

3 Das Nervenkrankenhaus Bayreuth als psychiatrische Institution

3.1 Unterschied zwischen Nervenklinik und Heilanstalt (Frage 6)

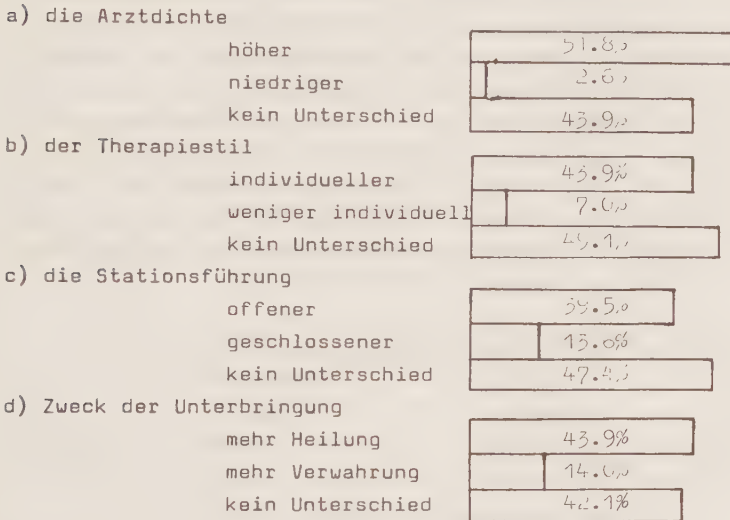
" Wodurch unterscheiden sich Ihrer Meinung nach Nerven-
klinik und Heilanstalt?

Im Unterschied zur Heilanstalt ist in einer Nervenlinik
 a) die Arztdichte höher, niedriger, gleich. b) Der
 Therapiestil mehr, weniger auf den einzelnen ausge-
 richtet, gleich. c) Die Führung der Stationen offener,
 geschlossener, gleich. d) Der Zweck der Unterbringung
 mehr Heilung, mehr Verwahrung, gleich."

Schon bei vorhergehenden Fragen, bei denen wir uns nach
 den zweckmäßigen Sanktionen bei bestimmten Verhaltens-
 weisen erkundigten, wurden wir vom Personal wiederholt
 aufgefordert, den Unterschied zwischen einer Nervenlinik
 und einer Heilanstalt zu erläutern. Da wir aber selber
 an der Klärung dieses Problems aus der Sicht der Inter-
 viewten interessiert waren, mußten wir eine derartige
 Angabe verweigern. Anhand von vier Kriterien sollten
 etwaige Differenzen zwischen beiden Institutionen be-
 nannt werden. Die Fragestellung wurde noch durch den Zu-
 satz präzisiert, es käme darauf an, ob es zwischen
 beiden denn überhaupt Unterschiede gäbe oder ob es sich
 dabei im Prinzip um die gleiche Einrichtung handle, die
 nur mit zwei verschiedenen Begriffen belegt sei, von
 denen der eine älter, der andere moderner sei. Dermaßen
 instruiert gibt etwa die Hälfte der Befragten an, die
 Arztdichte in einer Nervenlinik sei höher als in einer
 Heilanstalt; weniger als die Hälfte sieht diesbezüglich
 keine Unterschiede, nur einige wenige vermuten in der
 Nervenlinik die geringere Arztdichte. Auch im Therapie-
 stil sehen circa 50% keine Differenzen, während der Rest
 v.a. glaubt, dieser sei in der Nervenlinik mehr auf den
 einzelnen ausgerichtet; vereinzelt wird auch das Gegen-
 teil angenommen. Jeder Siebte meint, in einer Heilanstalt
 würden die Stationen offener geführt. Davon, daß dies viel-
 mehr für eine Nervenlinik zuträfe, sind nur noch 60%
 überzeugt; die übrigen sehen in diesem Punkt keine Ab-
 weichungen. Für den Zweck der Unterbringung in einer

Nervenklinik hält ein Siebtel die Verwahrung, nicht etwa die Heilung. Der Rest erachtet je zur Hälfte das Gegenteil für zutreffend oder sieht hierin keine Unterschiede.

Abb. 6 Im Unterschied zur Heilanstalt ist in einer Nervenklinik... (N = 114)



Faßt man die Eigenschaften höhere Arztdichte, offenere Stationsführung, Unterbringungszweck, mehr Heilung und Therapiestil mehr auf den einzelnen ausgerichtet zusammen unter dem Überbegriff der "positiven" Beurteilung und das jeweilige Gegenteil summarisch unter "negative" Beurteilung, so ergibt sich folgendes Bild.

<u>Tab. 34</u>	Die Nervenklinik ist... (N = 114)	
besser	44.9%	... als die Heilanstalt.
schlechter	9.3%	
gleich	45.8%	

Ebenso wie bei der Beurteilung der Heilanstalt als geeigneter Sanktionsinstanz ergeben sich auch hier hochsignifikante Unterschiede (99.9% Aussage-Sicherheit) zwischen der Gruppe der noch in Ausbildung befindlichen und den ausgebildeten Kollegen. Die Unsicherheit über den Begriff Heilanstalt ist so groß, daß dreimal so viele Schüler wie Examinee der Heilanstalt eine bessere Beurteilung zukommen lassen als der Nervenlinik. Das läßt sich nur durch die Tatsache erklären, daß der Begriff Heilanstalt während des Tätigkeitszeitraums der Schüler offiziell keine Verwendung mehr findet, zwar umgangssprachlich noch bekannt ist, aber keine eindeutige Vorstellung von ihm vermittelt wird. Aus dieser Unklarheit heraus kann es dann mittels der Wortassoziation von "Heilen" und "Heil"anstalt zu der positiven Beurteilung eben dieser Einrichtung kommen.

Tab. 35

Die Nervenlinik ist...

	Schüler	Examinee	
besser	43.1%	46.0%	
schlechter	16.2%	5.2%	... als die
gleich	40.7%	48.8%	Heilanstalt.
N	42	72	

Weniger deutliche Differenzen ergeben sich zwischen den Geschlechtern (5% Irrtumswahrscheinlichkeit). Hier überwiegt die positivere Einstellung zur Nervenlinik durch die Männer, während die Frauen insgesamt weniger Unterschiede zwischen Nervenlinik und Heilanstalt entdecken können.

Tab. 36

Die Nervenlinik ist...

	Frauen	Männer	
besser	38.7%	50.9%	
schlechter	9.5%	9.0%	... als die
gleich	51.8%	40.1%	Heilanstalt.
N	56	58	

3.2 Bewertung des Urteils der Bevölkerung zum NKHB (Frage 13)

" Unterstellen wir einmal, daß die Bevölkerung von Bayreuth dem Nervenkrankenhaus "Wendelhöfen" eher ablehnend gegenübersteht. Glauben Sie, daß diese Ablehnung berechtigt ist oder halten Sie diese Ablehnung für weithin unberechtigt?
 - Die Ablehnung gegenüber "Wendelhöfen" ist weitgehend berechtigt - Die Ablehnung beruht weitgehend auf Unkenntnis seitens der Bevölkerung und ist unberechtigt. "
 Wenn es konkret um die Nervenklinik in Bayreuth geht, dann ist das Personal einhellig einer Meinung (bei einer Gegenstimme), daß die - lediglich unterstellte, da nicht untersuchte - Ablehnung der Bayreuther Bevölkerung gegenüber ihrem Nervenkrankenhaus unberechtigt ist und weitgehend auf Unkenntnis beruht.

3.3 Urteil des Personals zum NKHB (Frage 14)

"Wenn Sie einmal an das Nervenkrankenhaus Bayreuth denken, was meinen Sie würde man am ehesten damit in Verbindung bringen? Ich nenne Ihnen jeweils 2 Begriffe. Da wir an Ihrem ersten Eindruck interessiert sind, möchte ich Sie bitten -ohne lange zu überlegen- zu sagen, welcher der beiden Begriffe am ehesten zum Nervenkrankenhaus Bayreuth paßt. Das Nervenkrankenhaus Bayreuth ist
 a) eher alt, eher modern, k.A.
 b) eher Verwahrung, eher Heilung, k.A.
 c) eher Krankenhaus, eher Heilanstalt, k.A.
 d) eher Freiheit, eher Kontrolle, k.A.
 e) eher Behandlungserfolg, eher kein Behandlungserfolg, k.A.
 f) eher "verrückt", eher krank, k.A. "
 Aber wie beurteilen die Befragten selbst ihren Arbeitsplatz?

Tab. 37 Das Nervenkrankenhaus Bayreuth ist... (N = 114)

	eher alt	30.7%
a)	eher modern	60.5%
	w.n./k.A.	8.8%
	eher Verwahrung	27.2%
b)	eher Heilung	69.3%
	w.n./k.A.	3.5%
c)	eher Krankenhaus	69.3%
	eher Heilanstalt	30.7%
	eher Freiheit	58.8%
d)	eher Kontrolle	38.6%
	w.n./k.A.	2.6%
	eher Behandlungserfolg	85.1%
e)	eher kein Behandlungserfolg	12.3%
	w.n./k.A.	2.6%
	eher verrückt	5.3%
f)	eher krank	93.0%
	w.n./k.A.	1.8%

Fast ein Drittel ist der Meinung, daß das NKHB eher alt sei, und beinahe 10% können sich nicht zwischen alt und modern entscheiden, da sie im Augenblick beide Elemente gleichwertig vertreten sehen. Die Mehrheit hält ihre Klinik aber doch für eher modern.

Bemerkenswert sind nun v.a. die Unterschiede zwischen den einzelnen Personalgruppen selbst: und zwar ergeben sich in verschiedenem Umfang signifikante Abweichungen in Hinblick auf alle drei von uns zu untersuchenden Kriterien. Am deutlichsten (99.9% Aussagesicherheit) wird das bei den

Altersgruppen: hier bezeichnen die Jüngeren das NKHB mehrheitlich als alt, während drei Viertel der Älteren es als modern ansehen. Ähnlich den Jüngeren ist die Haltung der Schüler, die zu gleichen Teilen zwischen alt und modern schwanken, während über zwei Drittel der ausgebildeten Kräfte für modern plädieren (99.0% Wahrscheinlichkeit). Etwas weniger stark macht sich der Einfluß des Geschlechts bemerkbar (97.5% Wahrscheinlichkeit); hier belegen mehr Frauen als Männer ihren Arbeitsplatz mit dem Attribut "alt".

<u>Tab. 38</u>	Das NKHB ist eher			
	alt	modern	w.n./k.A.	N
jünger als 30 Jahre	51.1%	42.6%	6.4%	47
älter als 30 Jahre	16.4%	73.1%	10.4%	67
Schüler	45.2%	45.2%	9.6%	42
Exami nierte	22.2%	69.5%	8.3%	72
Frauen	41.1%	51.8%	7.1%	56
Männer	20.7%	69.0%	10.3%	58

Zwei Drittel des Personals bringen mit dem NKHB eher den Gedanken an Heilung in Verbindung, über ein Viertel denkt zunächst an Verwahrung, der Rest kann sich nicht entscheiden. Interessant auch hier wieder die Gruppendifferenzen. Wiederum erweisen sich die Schüler (99.9% Aussagesicherheit) und die Jüngeren (99.5% Aussagesicherheit) als skeptischer. Sie sehen nämlich im NKHB circa dreimal so häufig einen Ort der Verwahrung wie ihr jeweiliges Vergleichskollektiv.

<u>Tab. 39</u>	Das NKHB ist eher			
	Verwahrung	Heilung	w.n./k.A.	N
Schüler	47.6%	47.6%	4.8%	42
Exami nierte	15.3%	81.9%	2.8%	72
jünger als 30 Jahre	42.6%	53.2%	4.2%	47
älter als 30 Jahre	16.4%	80.6%	3.0%	67

Beinahe ein Drittel der Befragten empfindet das NKHB eher als Heilanstalt, die restlichen zwei Drittel als Krankenhaus. Man muß dieses Ergebnis auch im Zusammenhang mit der bereits beschriebenen Differenzierung der Begriffe Nervenlinik und Heilanstalt aus der Sicht des Personals sehen. Auch dieses Mal ergeben sich signifikante Abweichungen zwischen Schülern und Ausgebildeten (99.9% Aussage-Sicherheit) bzw. zwischen Jüngeren und Älteren (99.5% Aussage-Sicherheit). Die jeweils Ersteren entscheiden sich zur Hälfte für einen der beiden Begriffe, während die Vergleichsgruppen zu vier Fünftel den Ausdruck Krankenhaus wählen.

	Das NKHB ist eher		
	Krankenhaus	Heilanstalt	N
Schüler	50%	50%	42
Examinierete	80.6%	19.4%	72
jünger als 30 Jahre	53.2%	46.8%	47
älter als 30 Jahre	80.6%	19.4%	67

Das kontrollierende Element sehen annähernd 40% der Befragten im NKHB als beherrschend an, die Übrigen denken zunächst eher an Freiheit in Zusammenhang mit den Patienten. Die Auszubildenden (99.9% Wahrscheinlichkeit) und die noch nicht 30jährigen (97.5% Wahrscheinlichkeit) vermögen weniger Freiheit, stattdessen mehr Kontrolle zu erkennen.

	Das NKHB ist eher			N
	Freiheit	Kontrolle	w.n./k.A.	
Schüler	38.1%	59.5%	2.4%	42
Examinierete	70.8%	26.4%	2.8%	72
jünger als 30 Jahre	44.7%	51.1%	4.2%	47
älter als 30 Jahre	68.7%	29.8%	1.5%	67

Den Behandlungserfolg am NKHB schätzt die Überwiegende Mehrheit günstig ein, nur ein Achtel ist davon nicht überzeugt. Aber auch hier erweisen sich die Älteren als weniger skeptisch als ihre jüngeren Kollegen (97.5% Aussage-Sicherheit), während die Frauen pessimistischer sind als die Männer (97.5 Aussage-Sicherheit)

Tab. 42 Das NKHB ist eher

	Behandlungserfolg	kein Behandl.Erfolg	w.n./k.A.	N
jünger als 30 Jahre	78.7%	21.3%	--	47
älter als 30 Jahre	89.6%	6.0%	4.4%	67
Frauen	78.6%	19.6%	1.8%	56
Männer	91.4%	5.2%	3.4%	58

Nur 5.3% bringen mit dem NKHB als erstes die Assoziation "verrückt" in Verbindung, der Rest denkt zunächst an "krank". Hier bestehen keine Gruppendifferenzen.

Faßt man nun die für das NKHB positiven (modern, Heilung, Krankenhaus, Freiheit, Behandlungserfolg, krank) bzw. negativen (jeweiliges Gegenteil) Attribute zusammen, so ergeben sich, wie schon bei vielen Einzelkriterien gezeigt, ganz gravierende Differenzen zwischen den Gruppen.

Das gilt insbesondere für die Faktoren Alter und Ausbildungsstand. Die jüngeren Pflegekräfte und die Schüler sind dem NKHB gegenüber in ihrem Urteil wesentlich zurückhaltender und können ihm erheblich weniger positive Aspekte abgewinnen. Das mag vor allen Dingen daran liegen, daß sowohl die älteren Schwestern und Pfleger, als auch diejenigen, die schon längere Zeit berufstätig sind, in der Entwicklung des psychiatrischen Großkrankenhauses in

den zurückliegenden Jahren und Jahrzehnten ganz gewaltige Veränderungen und Fortschritte miterlebt haben, die sie das NKHB im Vergleich zu vorher in seinem jetzigen Zustand in einem wesentlich günstigeren Licht sehen läßt. Die jungen Kollegen hingegen und insbesondere diejenigen, die noch in der Ausbildung stehen, also noch keine drei Jahre dort arbeiten, können diesen Vergleich nicht ziehen, sondern messen die Realität des NKHB an ihren eigenen, anscheinend höher gesteckten Erwartungen. Und da schneidet die Nervenklinik dann ganz einfach schlechter ab. Zu diskutieren wäre auch, ob nicht die Jüngeren als Nachkriegsgeneration unter wesentlich liberaleren Lebensbedingungen aufgewachsen sind, und so auf eine Einschränkung dieses Freiheitsraumes empfindlicher reagieren als die ältere Generation.

Auffallend ist auch die Tatsache, daß die Frauen in ihrem Urteil zum NKHB insgesamt kritischer sind als die Männer.

<u>Tab. 43</u>	Beurteilung des NKHB			
	"positiv"	"negativ"	Signifikanz	N
Schüler	60.7%	39.3%	p=0.001	42
Examinierte	83.3%	16.7%		72
jünger als 30 Jahre	62.5%	37.5%	p=0.001	47
älter als 30 Jahre	84.0%	16.0%		67
Frauen	71.1%	28.9%	p=0.025	56
Männer	79.0%	21.0%		58

3.4 Forderungen an das NKHB (Frage 15 u. 16)

"Wir haben hier einige Vorschläge und Maßnahmen zusammengestellt, von denen wir wissen wollen, ob diese Ihrer Meinung nach im NKH Bayreuth verwirklicht werden sollten.

Im Nervenkrankenhaus Bayreuth sollte es geben:

- a) freien Ausgang für die meisten Patienten
- b) Einheitskleidung für Patienten
- c) Bastel- und Werkräume für Patienten
- d) Zwangsjacken
- e) Lehrwerkstätten
- f) Isolierzellen
- g) gemeinsame Aufenthaltsräume für Männer und Frauen
- h) klinische Prüfung von Medikamenten an Patienten
- i) Räume, in denen Tüten geklebt werden
- j) Zwei- und Dreibettzimmer
- k) Elektroschock
- l) Turn- und Sportmöglichkeiten
- m) Übersichtliche Großzimmer
- n) Entlohnung für die Arbeit der Patienten

Glauben Sie, daß die Patienten für ihre Arbeit zu hoch, zu niedrig oder angemessen entlohnt werden?"

Nachdem das Personal nun sein mehr oder minder kritisches Urteil über das NKBH abgegeben hatte, wurde ihm als nächstes die Frage vorgelegt, was eigentlich in Bayreuth konkret und im einzelnen an Maßnahmen, Unternehmungen und Einrichtungen eingeführt, beibehalten oder abgeschafft werden sollte. Vollkommen einig ist man sich bei den Befragten darüber, daß Bastel- und Werkräume und Lehrwerkstätten sinnvolle Einrichtungen darstellen, daß Turn- und Sportmöglichkeiten sowie 2- und 3-Bettzimmer wünschenswert sind. Auch gegen die Entlohnung der Patienten für ihre Arbeit hat niemand etwas einzuwenden, wobei eine geringe Mehrheit diese Entlohnung augenblicklich für zu niedrig hält, während die übrigen Interviewten das gegenwärtige Bezahlungsniveau für angemessen erachten. Eine Einheitskleidung für die Patienten wird bei zwei Gegenstimmen rundweg abgelehnt, gemeinsame Aufenthaltsräume für Männer

und Frauen werden eindeutig (3 Gegenstimmen) befürwortet. Uneins ist man sich darüber, ob man neben den begrüßenswerten Zwei- und Dreibettzimmern auch noch Großzimmer wegen ihrer Übersichtlichkeit beibehalten sollte. Die klinische Prüfung von Medikamenten an Patienten findet nur bei ca. einem Drittel Billigung. Nur eine kleine Minderheit hält die Elektroschockbehandlung heute noch für angebracht; jeder sechste hat etwas gegen freien Ausgang für die meisten Patienten einzuwenden. Ein Fünftel des Personals hält Zwangsjacken, knapp die Hälfte Isolierzellen auch heute noch für manchmal notwendige Beruhigungs- und Disziplinierungsinstrumente. Ein Drittel empfiehlt den Patienten Tütenkleben zur Beschäftigung.

- Keine Gruppendifferenzen.

Tab. 44 Im NKHB sollte es geben... (N = 114)

Bastel- und Werkräume	100%
Lehrwerkstätten	100%
2- und 3-Bettzimmer	100%
Turn- und Sportmöglichkeiten	100%
Entlohnung f.d.Arbeit d. Patienten	100%
Gemeinsame Aufenthaltsräume f. ♂ + ♀	97.4%
Freier Ausgang f.d. meisten Patienten	83.3%
Großzimmer	48.2%
Isolierzellen	45.6%
Medikamentenprüfung	38.6%
Tütenkleben	33.3%
Zwangsjacken	21.9%
Elektroschock	11.4%
Einheitskleidung f. Patienten	1.8%

Tab. 45 Entlohnung der Patienten für ihre Arbeit, N = 114

zu niedrig	54.4%
angemessen	45.6%
zu hoch	0.0%

3.5 Weitere Verbesserungsvorschläge (Frage 17)

"Wir bieten Ihnen noch eine Reihe von Verbesserungsvorschlägen zum NKH Bayreuth an. Entscheiden Sie sich, ob Sie dem eher zustimmen oder es eher ablehnen.

- a) Ich bin hier zufrieden und glaube, daß es kaum etwas zu verbessern gibt.
- b) Man gibt sich hier sehr viel Mühe, trotzdem wäre noch Vieles zu verbessern.
- c) Die Verantwortlichen sollten sich mehr für die Belange der Patienten einsetzen.
- d) Ein Großteil der Stationen ist in seiner jetzigen Form ungeeignet und sollte erneuert werden.
- e) Man sollte ein Haus errichten, in dem Patienten nur über Tag sind und nachts nach Hause gehen können.
- f) Die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung sollten erweitert werden."

Daran anschließend wurden dem Personal noch einige Bemerkungen zum NKHB vorgelegt, und Zustimmung oder Ablehnung zu diesen Äußerungen verlangt. Mit der **Aussage** hier zufrieden zu sein und nur noch wenig für verbesserungswürdig zu halten, können sich nur 8.8% einverstanden erklären. Entsprechend befürworten 94.7% die Angabe, daß trotz großer Mühe noch vieles zu verbessern sei. Einige äußern allerdings Zweifel an der dabei aufgewandten Mühe. Immerhin ein Viertel weist folgenden Satz zurück:

"Die Verantwortlichen sollten sich mehr für die Belange der Patienten einsetzen". Unverhohlen gibt der ablehnende Teil der Befragten an, man habe an verantwortlicher Stelle in letzter Zeit genügend für die Patienten unternommen, jetzt solle man sich vielmehr um die Belange und Interessen des Personals kümmern. Die jüngeren Pflegekräfte und die Schüler befürworten allerdings in größerem Umfang einen stärkeren Einsatz für die Sache der Patienten.

ten als die jeweilige Vergleichsgruppe.

Tab. 46 "Die Verantwortlichen sollten sich mehr für die Belange der Patienten einsetzen".

	Zustimmung	Ablehnung	Signifikanz	N
Gesamt	74.6%	25.4%		114
jünger als 30 Jahre	87.2%	12.8%	p=0.01	47
älter als 30 Jahre	65.7%	34.3%		67
Schüler	88.1%	11.9%	p=0.026	42
Examierte	66.7%	33.3%		72

Deutlicher als aufgrund früherer Ergebnisse erwartet lehnt das Personal den Großteil der Stationen in seiner jetzigen Form als ungeeignet ab und befürwortet deren Erneuerung. Besonders nachdrücklich tragen auch hier wieder die noch nicht Dreißigjährigen ihre Forderung vor. (1% Niveau)

Tab. 47 "Ein Großteil der Stationen ist in seiner jetzigen Form ungeeignet und sollte erneuert werden."

	Zustimmung	Ablehnung	N
Gesamt	80.7%	18.4%	114
jünger als 30 Jahre	93.6%	6.4%	47
älter als 30 Jahre	71.6%	28.4%	67

Der Einrichtung einer Tagklinik stehen die Befragten zu 53.5% positiv und zu 46.5% negativ gegenüber. Hin-gegen begrüßen 95.6% einen Ausbau der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten am NKHB.

4 Beruf und persönliches Verhalten

4.1 Ursprüngliche Pläne (Anhang)

Am Schluß des Fragebogens wurden neben den Angaben zu verschiedenen Lebensdaten noch einige Fragen von uns vorgelegt, die über den engen Rahmen rein soziologischer Daten zum Teil hinausgehen und deshalb an dieser Stelle besprochen werden sollen.

Zunächst interessierte uns, ob die Befragten ursprünglich beabsichtigten, einen höheren Schulabschluß zu machen als denjenigen, den sie dann tatsächlich erreicht haben. Die eine Hälfte hat sich dieses Ziel nie gesetzt; die andere Hälfte plante anfänglich eine weitergehende Schulbildung, wobei v.a. ein Mittel- oder Fachschulabschluß in Frage kam, aber auch das Abitur und ein Universitäts-Studium wurden von einigen anfangs anvisiert.

<u>Tab. 48</u>	Schulbildung, N = 114	
	tatsächlich	angestrebt
Volksschule	83.3%	--
Mittelschule ohne Abschluß	3.5%	0.9%
Mittelschule mit Abschluß	7.9%	33.3%
Gymnasium ohne Abschluß	3.5%	1.8%
Gymnasium mit Abschluß	1.8%	6.1%
Akademische Ausbildung	--	4.4%
Keine andere Schulbildung		53.5%

Über ein Drittel des Personals hatte es auch zunächst nicht auf den nunmehr ausgeübten Beruf abgesehen, sondern beabsichtigte eigentlich, irgendeinen anderen Lehrberuf

oder gar einen höher qualifizierten Beruf zu ergreifen, scheiterte aber mit seiner ursprünglichen Idee.

Tab. 49 Ursprünglich angestrebter Beruf, N = 114	
Nichts anderes	64.0%
Lehrberuf mit Gesellenprüfung	14.9%
Höher qualif. Ausbildung (Meister u.ä.)	12.3%
Leitende Stellung (Beamter im mittl. Dienst)	6.1%
Qualifizierter Akademiker	2.6%

Tab. 50 Gründe für Wechsel des Berufsziels, N = 41	
Scheitern der ursprünglichen Idee	70.7%
Höherer Verdienst	2.4%
Gesicherter Arbeitsplatz	2.4%
keine Angaben	24.4%

4.2 Vorausgehende Berufserfahrung (Anhang)

Praktisch alle Männer und ca. ein Viertel der Frauen haben nicht von Anfang an ihren jetzigen, sondern zunächst einen anderen Beruf ausgeübt. Auf der Liste dieser vorhergehenden Arbeiten, findet sich die breite Palette aller möglichen v.a. handwerklichen Berufe. Auch die Gründe für den vollzogenen Berufswechsel sind mannigfaltiger Natur.

Tab. 51 Zunächst ausgeübter Beruf, N = 114			
	Gesamt	Frauen	Männer
Ungelernter Beruf	10.5%	12.5%	8.6%
Lehrberuf mit Gesellenprüf.	49.1%	16.1%	81.0%
Qualifizierter Beruf (z.B. Meister)	4.4%	--	8.6%
Nichts anderes	36.0%	71.4%	1.8%

Tab. 52 Gründe für Berufswechsel, N = 73

Gesicherter Arbeitsplatz	19.2%
Soziales Engagement	15.1%
Nächstenliebe	12.3%
Höherer Verdienst	11.0%
Scheiternd. ursprüngl. Idee	11.0%
Gute körperl. Voraussetzung	2.7%
Günstig gelegener Arbeitsplatz	1.4%
keine Angabe	27.4%

Bedenkt man, daß also insgesamt beinahe die Hälfte sich bezüglich des Schulabschlusses zunächst ein höheres Ziel gesetzt hat, und ein Drittel nur aufgrund des Scheiterns der ursprünglichen Idee den anfangs angestrebten Beruf nicht ausübt, so läßt sich **daraus** ableiten, daß eine starke Minderheit letztlich aus "negativen" Motivationen zu ihrer jetzigen Beschäftigung gelangt ist und nicht, weil sie an eben dieser Tätigkeit ein originäres Interesse hätte. Die Zahlen über die Gründe zum Berufswechsel stehen dazu nicht im Widerspruch.

4.3 Eigeneinschätzung (Frage 20 u. 9 h)

" Sie sind im NKHB tätig. Wie schätzen Sie Ihre berufliche Tätigkeit ein? a) Ich finde, es ist ein Beruf wie jeder andere auch. b) Nach Feierabend habe ich mich schon wiederholt gefragt, ob meine Tätigkeit eigentlich Sinn hat. c) Ich glaube, für diesen Beruf braucht man ein besonderes Engagement. d) w.n./k.A.

Sagen Sie mir bitte, ob Sie dem Folgenden eher zustimmen oder es eher ablehnen. h) Wenn jemand über Jahre mit Leuten zu tun hat, die psychisch krank sind, dann merkt man ihm das schließlich an. Ablehnen ja/nein. "

Aber was sagt das Personal selbst dazu? Wie schätzt es seine berufliche Tätigkeiten ein?

81.6% glauben, für diesen Beruf brauche man ein besonderes Engagement, während 14% der Meinung sind, es sei ein Beruf wie jeder andere auch. Nur 4.4% plagen wiederholt Zweifel am Sinn ihrer Tätigkeit.

Für einen größeren Prozentsatz der jüngeren Pflegekräfte gibt es keine so entscheidenden Unterschiede zwischen ihrer Arbeit und anderen Berufen, während die Älteren in höherem Maße an die Notwendigkeit persönlichen Engagements glauben. (2.5% Signifikanz-Niveau)

<u>Tab. 53</u>		Eigeneinschätzung des Berufs	
	Gesamt	<30 Jahre	>30 Jahre
Normaler Beruf	14.0%	19.1%	10.4%
Besonderes Engagement	81.6%	74.5%	86.6%
Fraglicher Sinn	4.4%	6.4%	3.0%
N	114	47	67

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang noch das Maß an Kritik bzw. Selbstkritik, das sich aus der Zustimmung von 39.5% der Befragten zu folgender Aussage ablesen läßt: "Wenn jemand über Jahre mit Leuten zu tun hat, die psychisch krank sind, dann merkt man ihm das schließlich an." Dabei fühlen sich die schon längere Zeit Berufstätigen selber von dieser Bemerkung angesprochen, während das jüngere Personal diesen Satz vorzugsweise auf die älteren Kollegen bezieht.

4.4 Vermutete Fremdeinschätzung (Frage 21)

" Was glauben Sie denkt ein Großteil der Bevölkerung über Leute, die im NKHB arbeiten?

- a) Es ist ein Beruf wie jeder andere auch,
- b) die Beschäftigung mit den Kranken dort ist wenig sinnvoll, denn "Denen kann man doch nicht helfen".
- c) Für den Beruf braucht man ein besonderes Engagement.
- d) "Irrenpfleger" ist was für handfeste Kerle .
- e) w.n./k.A. "

Im Anschluß an die Selbsteinschätzung ihrer beruflichen Tätigkeit interessierte uns noch die Frage, welche Meinung ein Großteil der Bevölkerung nach Ansicht des Personals über Leute hat, die im NKHB arbeiten. Hier die Antworten:

Tab. 54	Vermutete Fremdeinschätzung		
	Gesamt	<30 Jahre	>30 Jahre
Die Beschäftigung m.d.Kranken ist wenig sinnvoll, denen kann man doch nicht helfen.	34.2%	48.9%	23.9%
Für d. Beruf braucht man e. besonderes Engagement	28.9%	14.9%	38.8%
"Irrenpfleger" ist was für handfeste Kerle	21.1%	29.8%	14.9%
Es ist ein Beruf wie jeder andere auch.	14.9%	6.4%	20.9%
Keine Angabe	0.9%	--	1.5%
N	114	47	67

Von der Mehrzahl der Befragten wird also ein negatives Image des psychiatrischen Krankenpflegepersonals in Kreisen der Bevölkerung vermutet, wobei dieser Eindruck bei den jüngeren Beschäftigten noch wesentlich mehr vorherrscht

als bei den Älteren (99,9% Aussage-Sicherheit). Aufschlußreich ist nunmehr v.a. der Vergleich zwischen Selbsteinschätzung und der gemutmaßten Fremdeinschätzung. Während sich die Prozentzahlen derer, die ihren Beruf für eine Tätigkeit wie jede andere auch halten, noch weitgehend decken, ergeben sich bei der Beurteilung des eigenen Engagements erhebliche Unterschiede; denn vier Fünftel des Personals würde sich diese Eigenschaft zuschreiben, hingegen glaubt nur ein Viertel, daß auch die Bevölkerung diese Ansicht vertritt. Stattdessen nimmt man an, daß die Beschäftigung mit den Kranken Überwiegend für sowieso sinnlos und nicht erfolgsversprechend gehalten wird oder daß die Pflegekräfte in der Psychiatrie gar immer noch als brutale Irrenpfleger gelten.

Man fühlt sich also verkannt und diese gravierende Diskrepanz zwischen dem eigenen Anspruch und der - angenommenen - mangelnden Wertschätzung durch die Bevölkerung stellt, so ist anzunehmen, doch eine ganz betrübliche und erheblich belastende Erfahrung für das Personal dar.

4.5 Kommunikation nach außen (Frage 18)

Um dieses vermutete negative Erscheinungsbild abzubauen, werben nach eigenen Angaben 59,6% der Befragten in ihrem Freundes- und Bekanntenkreis um Verständnis für die Probleme des Nervenkrankenhauses und seiner Patienten. Andererseits erwähnen aber 40,4% außerhalb ihrer Arbeitsstätte nichts aus ihrer beruflichen Tätigkeit. Dabei spielt offensichtlich auch die Befürchtung eine Rolle, überhaupt als Pfleger oder Schwester aus dem Nervenkrankenhaus erkannt oder angesprochen zu werden, was bei dem gemutmaßten schlechten Image nicht verwunderlich ist. Zum anderen wird oftmals eine falsch verstandene Schweigepflicht als Grund dafür vorgegeben, nicht außer-

halb der Klinik über die Verhältnisse und Probleme in einem psychiatrischen Großkrankenhaus zu berichten. Versteht man das Krankenpflegepersonal als vielfachen Multiplikator einer wohlverstandenen Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie, dann muß man dafür Sorge tragen, daß künftig auch diese 40 Prozent sich an der Werbung um Verständnis beteiligen.

4.6 Fortbildung (Frage 22)

"Glauben Sie, daß Sie durch die in Ihrer Ausbildung erworbenen Kenntnisse ausreichend auf Ihre jetzige Tätigkeit vorbereitet worden sind?

- a) Ja, ich glaube, daß meine in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse ausreichend sind.
- b) Ich halte meine Ausbildung für unzureichend und glaube, daß eine Fortbildung dringend erforderlich ist.
- c) w.n./k.A."

Bemerkenswert ist das Ergebnis, daß von denjenigen, die ihr Examen abgelegt haben, 75 Prozent ihre Ausbildung für unzureichend halten und eine Fortbildung für nötig erachten, während die restlichen 25% glauben, ihre in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse seien ausreichend für ihre jetzige berufliche Tätigkeit. So kritisch dieses Urteil über die Ausbildungsverhältnisse selbst klingen mag, denn gerade auch die jüngeren Pflegekräfte, die ihre Abschlußprüfung vor noch gar nicht so langer Zeit abgelegt haben können, erweisen sich hier als unzufrieden, so erfreulich ist doch die breite Zustimmung zur Notwendigkeit der Fortbildung. Wahrscheinlich bedürfen gerade diejenigen Pflegekräfte, die den Nutzen einer solchen Fortbildung nicht erkennen können, dieser ganz besonders.

4.7 Patienten in der Nachbarschaft (Frage 10)

"Angenommen die Stadtverwaltung plant, in Ihrer Nachbarschaft ein Haus zu bauen, in dem dann nur Leute wohnen, die keine andere Wohnung finden konnten, weil sie einmal im Nervenkrankenhaus waren. Wie würden Sie sich in einem solchen Fall verhalten

- a) persönlich bei der Stadtverwaltung Einspruch erheben
- b) gemeinsam mit anderen dagegen protestieren
- c) nichts tun, obwohl ich ein solches Haus befürworte
- d) selbst in eine andere Gegend ziehen
- e) einen öffentlichen Aufruf zur Unterstützung des Hauses unterschreiben
- f) meine Bekannten, vom Sinn der Einrichtung überzeugen
- g) w.n./k.A."

Inwieweit das Pflegepersonal über den beruflich notwendigen Rahmen hinaus Bereitschaft zeigt, auch außerhalb der Nervenklinik sich um die Belange psychisch Kranker zu kümmern, wollten wir mit den folgenden Fragen ermitteln. Und zwar interessierte uns zunächst das persönliche Verhalten, falls die Stadtverwaltung den Bau eines Hauses für Patienten, die aus den NKHB entlassen sind, in unmittelbarer Nachbarschaft zum Befragten plane. Fast zwei Drittel würden in diesem Falle ihre Bekannten vom Sinn einer derartigen Einrichtung überzeugen, 10 Prozent würden gar einen öffentlichen Aufruf zur Unterstützung des Vorhabens unterschreiben. Ein Viertel hätte zwar nichts dagegen, würde aber ansonsten nichts unternehmen. Aktiv dagegen vorgehen, würden nur zwei der Interviewten. Während die älteren Pflegekräfte mehr im passiven Nichtstun verharren würden, ist bei den Jüngeren die Bereitschaft auch zum persönlichen Bekenntnis zu einem derartigen Haus, ausgedrückt durch die Unterschrift unter einen öffentlichen Aufruf, wesentlich größer. (1% Signifikanz-Niveau)

Tab. 55

Übergangsheim in der Nachbarschaft

	Gesamt	<30 Jahre	≥30 Jahre
Bekannte Überzeugen	64.0%	63.8%	64.2%
Nichts tun	24.6%	17 %	29.8%
Aufruf unter-schreiben	9.6%	19.2%	3.0%
Einspruch erheben	1.8%	--	3.0%
N	114	47	67

4.8 Übernahme einer Vormundschaft (Frage 11 u. 12)

"Nach dem geltenden Recht kann jeder Bürger vom Gericht aufgefordert werden, Vormund zu werden. Was würden Sie tun, wenn das Amtsgericht Ihnen schreibt, daß Sie die Vormundschaft über einen Patienten aus dem Nervenkrankenhaus übernehmen sollen?

a) Ich würde sie übernehmen.

b) Ich würde sie nicht übernehmen.

Falls Ablehnung: aus welchen Gründen würden Sie die Vormundschaft nicht übernehmen?

a) Ich fühle mich der Verantwortung nicht gewachsen.

b) Ich habe keine Zeit.

c) Aus rechtlichen Gründen, da es sonst zu beruflichen Überschneidungen käme.

d) Ich möchte nicht auch noch nach Feierabend mit diesen Problemen behelligt werden.

e) Ich habe keine Lust."

Eine Vormundschaft über einen Patienten aus dem Nervenkrankenhaus übernahmen genau zwei Drittel, wenn das Amtsgericht sie dazu auffordern würde. Das restliche Drittel würde einem derartigen Verlangen aus verschiedenen Gründen nicht entgegenkommen. Dabei machen die Frauen v.a. geltend, sich so einer Verantwortung nicht gewachsen

zu fühlen, während die Männer bevorzugt auf fehlende Zeit verweisen. Beinahe die Hälfte aller, die eine Vormundschaft ablehnen, gibt dafür rechtliche Gründe an, "da es sonst zu beruflichen Überschneidungen käme". Man darf aber annehmen, daß diese Tatsache nur einer Minderheit vorher bekannt war, die Antwort dem Interviewer gegenüber indes als günstig erschien. Zwei wollten nicht auch noch nach Feierabend mit derartigen Problemen behelligt werden.

Tab. 56	Gründe gegen Vormundschaft		
	Gesamt	Frauen	Männer
Rechtliche Gründe	44.7%	42.1%	47.4%
Verantwortung zu groß	28.9%	42.1%	15.8%
Mangelnde Zeit	21.1%	5.3%	36.8%
Keine Behelligung nach Feierabend	5.3%	10.5%	--
N	38	19	19

4.9 "Titulierung" der Patienten (Frage 19)

"Überlegen Sie einmal. Wenn Sie mit Freunden oder Bekannten zusammen sind und von den Patienten im NKHB reden, welche Begriffe verwenden Sie dann?

- Kranke oder Patienten u.ä.
- Deppen, Irre oder Schwachsinnige u.ä.
- w.n./k.A."

Um herauszubekommen, ob das Personal die psychisch Kranken als gleichwertige Partner betrachtet oder sie eher als unterlegen ansieht, stellten wir die Frage, wie die Schwestern und Pfleger die Patienten umgangssprachlich denn normalerweise bezeichnen. Das Ergebnis

daß nämlich 97.4% aller Pflegekräfte immer nur die Begriffe "Kranke" oder "Patienten" verwenden und niemals von "Deppen" oder "Irren" die Rede ist, scheint uns hinsichtlich der Klärung des genannten Problems unbefriedigend. Wahrscheinlich war die Frage in dieser Form zu vordergründig formuliert. Vielleicht hätte die Erkundigung, ob das Personal die Patienten vorzugsweise mit "Du" oder "Sie" anspricht, mehr Aufschluß gebracht.

4.10 Physische Gewaltanwendung (Frage 23)

"Ich möchte hier einmal die Aussage eines Pflegers aus München Haar ("Stern" Nr. 3418) zitieren, der sagt:

"Da habe ich einfach zugeschlagen. Irgendwie macht Dich der Dreck und das Geschrei fertig. Und dann kannst Du halt nicht mehr. Aber das geht allen so, allen rutscht mal die Hand aus..."

Was meinen Sie dazu?

- a) Ja, ich glaube, das könnte mir auch passieren.
- b) Mir ist das zwar noch nicht passiert, aber ich habe schon gesehen, daß einem Kollegen einmal die Hand ausgerutscht ist.
- c) Nein, so etwas kommt hier nicht vor.
- d) w.n./k.A. "

Zum Abschluß lag dem Pflegepersonal eine etwas heikle Frage vor. Und zwar wurde die Aussage eines Pflegers aus München Haar zitiert, in der in anschaulicher Weise dargestellt wird, daß es unter bestimmten Bedingungen zu Handgreiflichkeiten gegenüber Patienten kommen kann. Über ein Drittel der Befragten verneint, daß so etwas auch am NKHB vorkomme. Noch ein paar mehr räumen allerdings ein, daß sie durchaus schon Kollegen gesehen haben, denen einmal "die Hand ausgerutscht" ist, und über ein

Viertel gibt sogar an, daß sie sich Situationen vorstellen können, in denen auch sie "einfach zuschlagen". Zu letzterem Zugeständnis sind die Gruppen in etwa gleichem Umfang bereit. Die jüngeren und noch in Ausbildung stehenden Pflegekräfte, die also noch nicht sehr lange am NKHB tätig sind, haben nach ihren Angaben indes zur Hälfte schon in diesem Zeitraum Tätlichkeiten von Kollegen gegenüber Patienten gesehen. Auf der anderen Seite haben die älteren Pflegekräfte, die ja schon wesentlich länger an der Klinik arbeiten, derartige Vorkommnisse zur Hälfte noch nicht beobachten können. Dieser Widerspruch läßt Zweifel an der Aufrichtigkeit der Antwort der Älteren in diesem Punkt aufkommen.

	Tätlichkeiten gegenüber Patienten		
	Gesamt	<30 Jahre	≥30 Jahre
Kommt nicht vor	35.1%	21.3%	44.8%
Kollegen passiert	36.8%	46.8%	29.9%
Selbst möglich	27.2%	29.8%	25.4%
keine Angabe	0.9%	2.1%	--
N	114	47	67

D Vergleich der Beurteilung der Bevölkerung mit der des Personals

Von dem umfangreichen Antwortmaterial, das Wolfgang STUMME bei seiner Untersuchung über "Psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung" Düsseldorfs (27) erhoben hat, ist leider nur ein kleiner Teil veröffentlicht. Die uns bekannten Resultate dieser Studie wollen wir nun mit den Ergebnissen vergleichen, die wir bei unserer Befragung des Krankenpflegepersonals am NKHB ermittelt haben. Da wir, wie bereits erwähnt, einige inhaltliche Änderungen am Fragebogen vorgenommen haben, ist eine derartige Gegenüberstellung manchmal nur mit Einschränkung möglich. Auf diesen Umstand wird aber an entsprechender Stelle hingewiesen werden.

1 Fallschilderungen nach STAR

1.1 Schizophrenia simplex

Bei der ersten STAR'schen Fallschilderung, die eine junge Frau beschreibt, die an einer Schizophrenia simplex leidet, gehen die Ansichten von Bevölkerung und Personal bereits erheblich auseinander. Und zwar gestehen die Schwestern und Pfleger der dargestellten Person in wesentlich höherem Umfang einen großen und sehr großen Leidensdruck zu als die befragte Population in Düsseldorf. Offensichtlich ist also die Sensibilität für das Erkennen individuellen Leidens bei den Professionellen ausgeprägter.

Tab. 58 Leidensdruck, Schizophrenia simplex, $p = 0.001$

	Personal	Bevölkerung
sehr leidet u. leidet	86%	40.2%
nicht sehr u. gar nicht leidet	14%	57.8%
keine Angabe	--	2.0%
N	114	204

Dementsprechend häufiger wird das dargestellte Verhalten von den psychiatrischen Laien als "normal" oder "mit den Nerven fertig" bezeichnet; das Personal entscheidet sich bevorzugt für "nerven- oder gemütskrank".

Tab. 59 Beschreibung, Schizophrenia simplex,
p = 0.01

	Personal	Bevölkerung
normal/m.d.Nerven fertig	13.2%	25.7%
gemüts-/nervenkrank	80.7%	62.9%
geistesgestört/-krank	6.1%	11.4%
N	114	140

Während die Überwiegende Mehrheit der Bevölkerung in so einem Falle den Besuch beim Hausarzt oder Psychiater empfiehlt, befürworten die Pflegekräfte zu einem Viertel weiterreichende Sanktionen in Form eines Aufenthalts in einer Nervenklinik.

Tab. 60 Sanktionen, Schizophrenia simplex,
p = 0.005

	Personal	Bevölkerung
ausspannen/nichts unternehmen	4.4%	8.6%
Hausarzt/Psychiater aufsuchen	69.3%	84.3%
Nervenklinik/Heilanst.gehen	26.3%	7.1%
N	114	70

1.2 Angstneurose

Bei der Beurteilung des an einer Angstneurose leidenden jungen Mannes, gehen die Meinungen zwischen den beiden interessierenden Gruppen nicht so weit auseinander. Jeweils circa zwei Drittel halten ihn für normal oder mit den Nerven fertig, bzw. ein Drittel für gemüts- oder

nervenkrank. Bei den geeigneten Sanktionen ist man sich aber wieder uneins: auch hier schlägt das Personal zum Teil härtere Maßnahmen vor als die Bevölkerung.

Tab. 61Sanktionen, Angstneurose, $p = 0.025$

	Personal	Bevölkerung
Nichts unternehmen/ausspannen	36%	34.8%
Hausarzt/Psychiater aufsuchen	44.7%	59.4%
i.Nervenklinik/Heilanst.gehen	19.3%	4.3%
N	114	68

1.3 Paranoide Schizophrenie

Den sehr anschaulich und eindringlich dargestellten Mann, der an einer paranoiden Schizophrenie leidet, mochte nur eine Minderheit der Düsseldorfer Population als geisteskrank oder -gestört bezeichnen. Hingegen entschieden sich fast zwei Drittel der Pflegekräfte für diese Attribute.

Tab. 62Beschreibung, Paranoia, $p = 0.05$

	Personal	Bevölkerung
normal/mit den Nerven fertig	3.5%	9.1%
gemüts-/nervenkrank	35.4%	47.0%
geisteskrank/-gestört	61.1%	40.9%
N	114	64

Und auch in diesem Falle spricht sich die Bevölkerung nicht in dem Maße für eine stationäre Unterbringung aus wie das Personal, sondern hält eine ambulante Versorgung für ausreichend.

Tab. 63Sanktionen, Paranoia, $p = 0.001$

	Personal	Bevölkerung
Hausarzt/Psychiater	13.4%	45.5%
Nervenklinik/Heilanstalt	86.6%	53.0%
N	114	65

2 Zuordnung von Sanktionen zu Verhaltensweisen

Tab. 64

Zuordnung von Sanktionen zu Verhaltensweisen

Bevölkerung N = 197, Personal N = 228, $p = 0.001$

	Nichts unternehmen und ausspannen		Hausarzt + Psychiater aufsuchen		in die Nerven- klinik gehen		in die Heil- anstalt gehen	
	P	B	P	B	P	B	P	B
normal + m.d.Nerven fertig	57.9%	76.3%	30.7%	14.6%	10.1%	8.6%	1.3%	---
gemütskrank + nerven- krank	1.8%	14.1%	47.8%	56.6%	45.6%	26.8%	4.8%	1.5%
geistesge- stört + geisteskrank	0.4%	0.5%	11.0%	16.2%	58.3%	19.2%	30.3%	64.1%

Die Tendenz, die schon bei der Beurteilung der Fallschilderungen deutlich geworden ist, daß nämlich das Personal weitergehende Maßnahmen empfiehlt als die Bevölkerung, zeigt sich, wie der Tab. 64 zu entnehmen ist, überwiegend auch bei der Zuordnung von Sanktionen zu Verhaltensweisen. Bei Attributen wie "normal" und "mit den Nerven fertig", plädiert ein Drittel des Personals für den Besuch beim Hausarzt oder Psychiater. Nur die Hälfte kann sich hier mit "nichts unternehmen" und "entspannen" begnügen, während drei Viertel der Bevölkerung dies für ausreichend halten. Eine etwa gleich starke Minderheit hält die Nervenklinik für angebracht. Anscheinend betrachtet das Personal ein Verhalten, das als "mit den Nerven fertig" geschildert wird, bereits als Symptom von krankhaftem Wert, während die Bevölkerung eine derartige Beschreibung noch im "vorkrankhaften" Bereich ansiedelt. Entsprechend fällt die jeweilige Sanktionierung aus.

Andererseits gibt sich bei so eindeutig krankhaften Zuständen wie "gemüts- oder nervenkrank" noch jeder Siebte aus der Laiengruppe mit "nichts unternehmen" und "Ausspannen" zufrieden. Dagegen bezieht das Personal schon in ganz erheblichem Umfang den Aufenthalt in einer Nervenklinik in seine Überlegungen ein. In diesem Falle kann man die Einstellung der beruflich damit Beschäftigten als die angemessenere bezeichnen, da hier im wesentlichen die Alternative (Hausarzt) Psychiater oder Nervenklinik vorliegt.

Bei den massiven psychischen Veränderungen in Form von "geistesgestört" und "geisteskrank" ergeben sich interessante Differenzen zwischen den Gruppen. Während circa gleich Wenige den Besuch beim Hausarzt oder Psychiater anraten, spricht sich die Mehrheit des Personals für die Nervenklinik und zwei Drittel der Bevölkerung für die Heilanstalt aus. Man sieht also wiederum, daß die Professionellen bei der Verwendung des Begriffs und der Institution Heilanstalt gewisse Skrupel haben, wohingegen dem Laien hierbei keine Bedenken kommen; für diesen ist die Heilanstalt eine Einrichtung zur Unterbringung besonders schwer psychisch gestörter Menschen.

3 Forderungen an psychiatrische Institutionen

<u>Tab. 65</u>		Im Nervenkrankenhaus Bayreuth/in einem psychiatrischen Krankenhaus sollte es geben...	
	Personal	Bevölkerung	
Bastel-u.Werk-räume f.P.	100%	97.1%	
Lehrwerkstätten	100%	97.8%	moderne L.
2-u.3-Bettzimm.	100%	97.6%	freundliche 2-u.3-Bettz.
Turn-u.Sport-möglichkeiten	100%	95.6%	Turnhalle u. Kegelbahn

	Personal		Bevölkerung
keine Einheitskldg. f. Patienten	98.2%		92.7%
klinische Prüfung von Medikamenten an Patienten	38.6%		38.9% Medikamentenver- suche mit Patienten
Räume in d. Tüten geklebt werden	33.3%		26.7%
Zwangsjacken	21.9%	p	17.8%
Gemeinsame Auf- enthaltsräume f. ♂ + ♀	97.4%	0.0025	88.5%
Freier Ausgang f.d.meisten Patienten	83.3%	0.001	62.1%
Elektroschock	11.4%	0.001	40.3%
Isolierzellen	45.6%	0.001	26.2% Gummizellen
N	114		409

Wie aus obiger Tabelle 65 zu ersehen ist, sind sich Personal und Bevölkerung im Umfang ihrer Forderungen an ein psychiatrisches Großkrankenhaus in vielen Punkten weitgehend einig. Dabei wurden die befragten Düsseldorfer durch das Hinzufügen von oftmals nicht ganz wertneutralen Attributen zu den einzelnen Gesichtspunkten tendenziell bereits in eine bestimmte Richtung gelenkt. Wir haben durch Weglassen derartiger Hinweise dem Personal die Entscheidung schwerer und ihre Urteile damit gleichzeitig aussagekräftiger und verwertbarer gemacht. Bei einigen Aspekten muß man die Einstellung der Pflegekräfte als deutlich offener und fortschrittlicher einstufen als die der Laien. So finden gemeinsame Aufenthaltsräume für Männer und Frauen und freier Ausgang für die meisten Patienten unter dem Personal mehr Befürworter.

Der Elektroschockbehandlung stimmen noch große Teile der Bevölkerung zu.

Allerdings halten beinahe doppelt soviele Pflegekräfte wie Laien Isolierzellen auch heute noch für notwendige Einrichtungen; der befragten Düsseldorfer Population wurde jedoch durch die Vorgabe des Begriffs "Gummizelle" die Ablehnung auch leichtgemacht.

4 Überblick

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß der manchmal erhobene Vorwurf, das Personal sei noch mehr mit Vorurteilen behaftet als die sonstige Bevölkerung auf jeden Fall unhaltbar ist. Vielmehr ist es so, daß sich die Pflegekräfte z.B. bei ihren Forderungen an ein psychiatrisches Großkrankenhaus mindestens genauso fortschrittlich verhalten wie die Allgemeinheit; in vielen Punkten entwickeln sie sogar noch liberalere Vorstellungen als diese. Darüberhinaus erweist sich das Personal als sensibler und geschulter im Erkennen psychischer Auffälligkeiten und greift eher zu weiterreichenden Maßnahmen, um diese zu beheben. Dabei werden Verhaltensweisen wie "mit den Nerven fertig", die vom Laien noch im "vor-krankhaften" Bereich angesiedelt werden, vom Personal bereits als Symptome von krankhaftem Wert angesehen und entsprechend sanktioniert.

Bemerkenswert ist noch folgendes: Zwar verwendet gerade bei der Beschreibung des Paranoikers das Personal häufiger als die Bevölkerung den Begriff "geisteskrank", insgesamt aber entspricht der seltene Gebrauch dieses Terminus nicht der relativ weitgefaßten professionellen psychiatrischen Einschätzung in diesem Punkt, sondern eher dem Laienstandpunkt, der nur extreme psychische Störungen als geisteskrank ansieht.

E Diskussion

Aufgabe unserer Untersuchung war es, neben der Deskription der Einstellungen des Krankenpflegepersonals zu verschiedenen Fragekreisen in der Psychiatrie insbesondere den Einfluß der Faktoren Alter, Ausbildungsstand und Geschlecht auf eben diese Einstellungen zu untersuchen. Bei einigen Einzelproblemen ergaben sich hinsichtlich dieser Kriterien fragenspezifische Antwortdifferenzen; diese wurden an entsprechender Stelle zu interpretieren versucht. Abschließend wollen wir uns bemühen, die Unterschiede zwischen den uns interessierenden Gruppen unter übergeordneten Gesichtspunkten zu erläutern. Wir berücksichtigen dabei nur Abweichungen, die sich als statistisch signifikant erwiesen haben.

Am meisten fällt zunächst ins Auge, daß die grundsätzliche Einstellung der jungen Pflegekräfte zum Problemkreis "psychisch Kranke und ihre Krankheiten" beinahe durchgehend günstiger ausfällt als die der älteren Kollegen. Das läßt sich zeigen anhand der Ergebnisse, die sich bei der Beurteilung der Aussagen ergeben, die in vielen anderen Tests zur Einschätzung des Kustodialismus verwendet werden. Hier haben die noch nicht dreißigjährigen eine deutlich niedrigere Punktzahl erreicht, was bedeutet, daß sie weniger kustodial eingestellt sind als die Vergleichsgruppe. Speziell macht sich das auch noch bei der Befürwortung der Heirat und des Kinderwunsches ehemals psychisch Kranker durch die nach 1947 Geborenen bemerkbar. Sehr selten wird von den Jüngeren Willensschwäche als Grund für eine psychische Erkrankung genannt. Darüberhinaus ist ihr hypothetisch bekundetes Engagement zum Wohle früherer Patienten nach Feierabend und außerhalb des Berufs besonders ausgeprägt, dies drückt sich in der möglichen persönlichen Initiative für ein Entlassenenheim aus. Auch

die Tatsache, daß von den Jüngeren einem Großteil der Kollegen der Vorwurf gemacht wird, sich zu Tätlichkeiten hinreißen zu lassen, spricht für die genannte Grundeinstellung. Außerdem neigen sie nicht in dem Maße zur Selbstüberschätzung über den besonderen Stellenwert ihres Berufs wie die Älteren, sondern betrachten ihn letztlich als Beschäftigung wie viele andere auch. Noch deutlicher werden die Differenzen zwischen den unter und über 30-Jährigen beim Urteil über ihren Arbeitsplatz, das Nervenkrankenhaus Bayreuth. In jedem einzelnen Punkt üben die Jüngeren Kritik an der Klinik. Im Verhältnis zu den älteren Kollegen empfinden sie diese eher als Heilanstalt und als alt und bringen sie eher mit Verwahrung, Kontrolle und kein Behandlungserfolg in Verbindung. Kritik und Unzufriedenheit an dem gegenwärtigen Zustand macht sich auch bemerkbar, wenn von den Verantwortlichen mehr Einsatz für die Belange der Patienten verlangt wird und der Großteil der Stationen für ungeeignet und erneuerungsbedürftig erachtet wird.

Aber: Wenn die Jüngeren ihre konkreten Vorstellungen und Forderungen zum NKHB angeben sollen, dann unterscheiden sich diese in keinem Punkt von denen der älteren Kollegen. Weder was die Einrichtung von Lehrwerkstätten, noch die Befürwortung freien Ausgangs für die Patienten, was die Notwendigkeit von Zwangsjacken oder irgendeine andere Maßnahme anbetrifft, ergeben sich deutliche Differenzen. Und auch die "positive" Grundeinstellung des jüngeren Personals schlägt sich nicht durch bis zur Beurteilung konkreter Beispiele von psychisch gestörtem Verhalten. Im großen und ganzen sind sich alle Altersgruppen einig bei der Bewertung der Fallschilderungen nach STAR und der Einschätzung der verschiedenen Patientengruppen. Selten stellen sich die Jüngeren etwas günsti-

ger dar, etwa wenn sie das persönliche Leiden des an einer paranoiden Schizophrenie erkrankten Mannes höher einstufen oder wenn sie die Depressiven als weniger ärgerlich empfinden als die Älteren. Umgekehrt erweisen die Jüngeren sich aber den Suchtkranken gegenüber als intoleranter, wenn sie diese als für sie weniger angenehm und eher ärgerlich bezeichnen. Darüberhinaus gelten bei der niederen Altersgruppe Geistesschwache eher als aggressionsfördernd. Unklar bleibt, wie der Umstand zu bewerten ist, daß die höhere Altersgruppe allen Patientenkreisen, speziell den Depressiven und Süchtigen gegenüber, höheres Mitleid angibt. Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß von vielen, die ein derartiges Mitgefühl verneinen, darauf aufmerksam gemacht wird, daß das schließlich gar nichts nütze, es vielmehr auf echte Hilfe ankomme. Zusammenfassend läßt sich also für den Faktor Lebensalter festhalten: Bei den jüngeren Pflegekräften überwiegt die Kritik am NKHB, aber bei den konkreten, zu verwirklichenden Vorschlägen ergeben sich keine Differenzen zu den älteren Kollegen. Die allgemeine Grundeinstellung der niedrigen Altersgruppe ist deutlich weniger von kustodialen Inhalten geprägt, aber bei der Beurteilung von detaillierten Fallschilderungen und der Einschätzung der Patienten, mit denen das Personal tagtäglich auf den Stationen zu tun hat, zeigen sich keine durchgehenden Abweichungen. Es besteht also bei den Jungen ein Widerspruch zwischen der im Prinzip aufgeschlossenen bzw. kritischen grundsätzlichen Einstellung und dem im konkreten Fall und in der täglichen Praxis gezeigten bzw. angegebenen Verhalten. Soweit sich unsere Ergebnisse überhaupt mit den aus der amerikanischen und deutschsprachigen Literatur bekannten Untersuchungen vergleichen lassen, ergibt sich folgendes Bild: MOLL (20) kommt in seiner Arbeit zu ähnlichen Resultaten wie wir, wenn er feststellt, daß die bis zu

30jährigen im Verhältnis zu den über 30jährigen signifikant weniger kustodial und allgemein zum Patienten und seiner Krankheit eher positiv eingestellt sind. Bei anderen Gesichtspunkten zeigen sich keine Differenzen. MIDDLETON (19) errechnete eine positive Korrelation von Vorurteil und Lebensalter. CLARK und BINKS (4) sowie FRIEDMANN (10) sehen niedriges Alter mit liberalen Einstellungen zur psychischen Krankheit vergesellschaftet. LAWTON (16) konnte mit dem Fragebogen von COHEN und STREUNING (5) "OMI" Beziehungen zwischen zunehmendem Alter und den Faktoren "Authoritarianism" und "Social Restrictivness" ermitteln, während die Autoren des "OMI" selbst keine erheblichen Einflüsse des Alters auf die Einstellung ausmachten. Letzterer Ansicht sind auch IMRE und WOLFF (13).

Wenn wir nun den Faktor Ausbildungsstand als Variable der Einstellungen des Personals betrachten, so sei nochmals darauf hingewiesen, daß wir bei unserer Stichprobenkonstruktion alle Schüler mit Geburtsjahrgang 1942 und früher in unsere Auswahl miteinbezogen haben. Dies gewährleistet, daß die Gruppe der Schüler nicht mit der der jüngeren Pflegekräfte deckungsgleich ist, bzw. daß das Personal mit abgeschlossener Ausbildung nur bei der höheren Altersgruppe zu finden ist, daß wir also nicht anstelle des Faktors Ausbildungsstand doch wiederum den Faktor Lebensalter untersuchen. Der Status als Schüler meint aber nicht nur, daß den entsprechenden Pflegekräften im Augenblick eine theoretische und praktische Ausbildung mit all ihren Chancen zur Vermittlung modernen psychiatrischen Wissens zuteil wird, sondern beinhaltet auch die Tatsache, daß die Schüler erst ein bis drei Jahre überhaupt am Nervenkrankenhaus tätig sind. Tatsächlich fallen bei der Betrachtung der Resultate nur

zwei Punkte auf, die sich mit den in der Schule bereits oder noch nicht erworbenen Kenntnissen in Verbindung bringen lassen. Das ist zum einen der Umstand, daß Vererbungsfaktoren als Ursache psychischer Krankheiten bei den Schülern als selten gelten, obwohl man doch gerade bei den endogenen Psychosen häufig auf derartige Einflüsse trifft. Und da sind zum anderen die massiven Fehldiagnosen bei der Beurteilung des an einer Angstneurose leidenden Mannes, der vielen Schülern entweder als nicht krank oder als hysterisch gilt, während das ausgebildete Personal zutreffender zwischen Neurose und Depression wählt. Diese beiden Reaktionen der Schüler lassen sich unter "noch nicht gelernt = nicht gewußt" verbuchen. Aber ansonsten scheint die vermittelte Ausbildung nicht in der Lage zu sein, den ihr Anvertrauten modernes psychiatrisches Wissen mitzugeben oder eine Einstellung zu fördern, die sich positiv von der früherer Schüler abhebt. Denn weder bei der allgemeinen Grundeinstellung, noch beim Ausmaß des persönlichen Engagements zeigen sich deutliche Unterschiede. Nur bei der Beurteilung des NKHB lassen sich erhebliche Abweichungen erkennen, die aber nun weniger mit dem Status des "in Ausbildung befindlichen" zu erklären sind als vielmehr mit der Tatsache, daß sich die Schüler erst ein bis drei Jahre an ihrem Arbeitsplatz befinden. Diese fällen nämlich über das NKHB ein überaus kritisches Urteil, wenn sie es mehrheitlich als alt, als Heilanstalt und als Ort der Kontrolle und Verwahrung bezeichnen und darüberhinaus einen verstärkten Einsatz der Verantwortlichen zum Wohle der Patienten verlangen. Diese Unzufriedenheit läßt sich nur damit begründen, daß die künftigen Pflegekräfte offensichtlich mit ganz anderen Erwartungen und Vorstellungen ihre Arbeit aufgenommen haben, dort aber dann von den bestehenden Zuständen enttäuscht wurden. Anscheinend vergleichen die Schüler die augenblicklichen Verhältnisse

innerhalb des NKHB mit denen außerhalb, während das Personal mit längerer Anwesenheit in der Klinik diese mehr an dem mißt, was vorher war, und so zu einem weniger tadelnden Urteil gelangt. Bezeichnend ist, wie schon beim Einfluß des Lebensalters dargestellt, daß auch bei den Schülern nicht die Fähigkeit besteht, Kritik in konstruktive Vorschläge umzumünzen, denn die Forderungen der Auszubildenden an das NKHB hinsichtlich der verschiedenen Einrichtungen und Maßnahmen unterscheiden sich in keiner Weise von denen der Ausgebildeten.

Wie schon die allgemeine Einstellung zu psychisch Kranken und ihren Krankheiten bei beiden Gruppen gleich ist, so ist auch das Verhalten bei der Bewertung der STAR'schen Fälle und der verschiedenen Patientengruppen weitgehend ähnlich. Zwar wird das Leiden des an Paranoia erkrankten Mannes von den Schülern höher bewertet und der Kreis der Depressiven als weniger ärgerlich empfunden, aber umgekehrt bezeichnen die Auszubildenden die Oligaphrenen auch als eher aggressionsfördernd und vermögen den Kranken, speziell den Depressiven und Suchtkranken gegenüber weniger Mitleid aufzubringen. Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß sich hinsichtlich des Faktors Ausbildungsstand keine oder keine einheitlichen Differenzen in der allgemeinen Haltung sowie in der konkreten Bewertung bezüglich psychisch Kranker erkennen lassen. Die starke Kritik der Schüler am NKHB dürfte eher auf den Einfluß der kurzen Beschäftigungszeit zurückzuführen sein. Diese Kritik mündet nicht in konstruktiven Vorstellungen zum Wandel.

Bezüglich des Einflusses des Ausbildungsstandes widersprechen sich die Aussagen von GILBERT und LEVINSON (11), der einen wesentlich stärkeren Kustodialismus bei den Schülern als den Schwestern konstatiert, und die Ergebnisse MOLLS (20), bei dem die Schüler weniger kustodial

orientiert und positiver zu den psychisch Kranken und ihren Krankheiten eingestellt sind. Unsere Resultate stellen also den Mittelweg zwischen beiden dar, da wir Unterschiede gar nicht manifestieren konnten. Bedingt kann man auch noch die Daten zum Vergleich heranziehen, die sich mit der Auswirkung der Beschäftigungszeit auf die Einstellung befassen. MIDDLETON (19) und MOLL (20) konnten zeigen, daß v.a. in der mittleren Dienstaltergruppe mit 5 bis 10 Jahren Anstellungszeit die kustodiale Einstellung überwiegt, während insbesondere bei kürzerer aber auch bei längerer Beschäftigung diese Haltung weniger ausgeprägt ist.

Bezüglich des Faktors Geschlecht konnten wir keine einheitliche und durchgehende Beeinflussung der Einstellungen des Pflegepersonals feststellen. Einige Abweichungen lassen sich aus dem Zusammenhang der entsprechenden Einzelfragen erklären. Wenn z.B. die Männer die Patientengruppe der Schizophrenen als eher gefährlich, weniger angenehm und eher ärgerlich bezeichnen, so ist das vermutlich durch deren bevorzugten Einsatz auf Männerstationen mit entsprechenden Erfahrungen zurückzuführen. Oder wenn die Frauen das Leiden des jungen Mannes mit der Angstneurose für weniger gravierend halten, dann entspringt das möglicherweise ihrer Ansicht, das sei mit der "Überlegenen" männlichen Rolle unvereinbar. Auch die Ablehnung einer Vormundschaft mit der Begründung seitens der Frauen, sich der Verantwortung nicht gewachsen zu fühlen, und seitens der Männer, keine Zeit zu haben, dürfte reale Hintergründe haben, insbesondere, was die Angaben der Schwestern anbetrifft.

Für die anderen Abweichungen aber zeichnen sich keine Erklärungen ab: Die Frauen sind einerseits dem NKHB gegenüber kritischer eingestellt, bezeichnen es als alt und sehen eher keinen Behandlungserfolg, und sie lehnen

eine ständige Überwachung ehemaliger Patienten ab. Andererseits betrachten die Männer die Suchtkranken als eher angenehm, berechenbar und weniger aggressionsfördernd und die Geistesschwachen als bemitleidenswert. Völlig unerklärlich bleibt auch, wieso die Männer alle Patientengruppen insgesamt für eher berechenbar und Depressive für eher gefährlich halten. Zu den offenen Fragen gehört auch, daß die Frauen mehr Ähnlichkeiten zwischen einem Nervenkrankenhaus und einer Heilanstalt erkennen können als die männlichen Kollegen. All diese Ergebnisse ergeben kein einheitliches Bild.

Damit wissen wir uns einig mit IMRE und WOLFF (13), COHEN und STREUNING (5) und MOLL (20), die ebenfalls keine durchgehend statistisch bedeutsamen Unterschiede verzeichnen konnten, die auf den Einfluß des Geschlechts zurückzuführen sind.

Zum Vergleich von Personal und Bevölkerung
siehe D 4 (S. 81)!

F Zusammenfassung

Zum Zwecke der Erforschung der Bewertung von psychisch Kranken durch das Pflegepersonal im psychiatrischen Großkrankenhaus wurde bei einer Stichprobe von 114 Pflegekräften des Nervenkrankenhauses Bayreuth eine Umfrage durchgeführt.

Die Hälfte der Befragten hatte es zunächst auf einen höheren Schulabschluß als den nunmehr erreichten abgesehen, und über ein Drittel übt nur aufgrund des Scheiterns der ursprünglichen Idee den anfangs angestrebten Beruf nicht aus. Praktisch alle Männer und ein Viertel der Frauen sind nicht von Anfang an ihrem jetzigen, sondern zuerst einem anderen, v.a. handwerklichen Beruf nachgegangen.

Psychische Krankheiten hält je eine Hälfte für "selten" bzw. "häufig" heilbar. Als deren Ursache werden insbesondere soziale und somatische Faktoren geltend gemacht, allerdings sieht auch fast die Hälfte Willensschwäche und ein Drittel ein ausschweifendes Leben für verantwortlich an. Kustodiale, eindeutig vorurteilsbehaftete Vorstellungen herrschen nur noch bei einer Minderheit, sind aber vorhanden.

Bei der Beurteilung von drei Kurzschilderungen psychiatrischer Krankheitsbilder zeigt sich das Personal als hoch sensibel für das individuelle Leiden der vorgestellten Personen. Die Verwendung von Begriffen zur Beschreibung des dargestellten Verhaltens weist den Pflegekräften einen Mittelplatz zu zwischen dem Laienstandpunkt und der professionellen psychiatrischen Sicht. Die gestellten Diagnosen sind außer bei der paranoiden Schizophrenie im wesentlichen unzutreffend, freilich auch schwierig. Bei der Zuordnung von Sanktionen zu Verhaltensweisen wird - vom Detail abgesehen - im großen

und ganzen der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt. In der Reihenfolge der Beliebtheit der Patientengruppen beim Personal rangieren die Alterskranken ganz vorne, es folgen kurz danach die Oligophrenen. Eine Mittelstellung nehmen die Depressiven ein, während die Schizophrenen schon deutlich zurückliegen. Am Schluß der Beliebtheitsskala befinden sich die Suchtkranken. Bei der Unterscheidung der Begriffe "Heilanstalt" und "Nervenklinik" herrscht z.T. einige Unsicherheit. Das NKHB betrachten ein Viertel bis ein Drittel überaus kritisch und bringen es bevorzugt mit Attributen wie alt, Verwahrung, Kontrolle und Heilanstalt in Verbindung. In seinen Forderungen an ein psychiatrisches Großkrankenhaus erweist sich das Personal als mindestens ebenso fortschrittlich wie die Bevölkerung; in vielen Punkten entwickelt es sogar noch liberalere Vorstellungen als diese.

Eine ganz erhebliche Diskrepanz tut sich zwischen der beruflichen Eigeneinschätzung und der gemutmaßten Fremdeinschätzung durch die Allgemeinheit auf. Während das Personal selbst ein besonderes persönliches Engagement bei seiner Tätigkeit für erforderlich hält, nimmt es auf der anderen Seite an, daß die Bevölkerung seine Beschäftigung mit den Kranken als sinnlos erachtet und "Irrenpfleger" als brutale Kerle gelten. Um Verständnis für Probleme des NKHB werben ca. 60 Prozent, drei Viertel begrüßten eine Fortbildung, zwei Drittel würden auch außerberufliches Interesse für die Patienten aufbringen.

Je ein Drittel leugnet Tötlichkeiten im Umgang mit den Patienten am NKHB, hat sie schon bei Kollegen beobachtet oder hält sie unter Umständen auch für die eigene Person für möglich.

Für den Einfluß der Faktoren Lebensalter, Ausbildungsstand und Geschlecht läßt sich folgendes festhalten. Bei den jüngeren Pflegekräften und den Schülern überwiegt die Kritik am NKHB, aber bei konkreten, zu verwirklichen- den Vorschlägen ergeben sich keine Differenzen zu den älteren und bereits examinierten Kollegen. Die allgemeine Grundeinstellung der niedrigen Altersgruppe - nicht der Schüler - ist deutlich weniger von kustodialen Inhalten geprägt, aber bei der Beurteilung der psychiatrischen Krankheitsbilder und der Einschätzung der Patienten- gruppen zeigen sich keine durchgehenden Abweichungen. Bezüglich des Kriteriums "Geschlecht" konnten wir keine einheitliche Beeinflussung der Einstellungen des Pflege- personals feststellen.

G Literaturverzeichnis

- 1 Auerbach, P.
 Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung in
 einer geschlossenen psychiatrischen Station,
 Dissertation, Düsseldorf 1974

- 2 Bauer, M.
 Gutachten zum Abbau von Vorurteilen gegenüber
 psychisch Behinderten, in: Anhang zum Bericht
 über die Lage der Psychiatrie in der BRD,
 Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4201,
 S. 1116-1129

- 3 de Carozzo, G. C.
 Ein Versuch zur Erforschung der Einstellungen
 gegenüber psychisch Kranken, in: Sozialpsychiatrie,
 Berlin 6 (1), 1971, S. 34-39.

- 4 Clark, A.W. und Binks, N.M.
 Relation of age and education to attitudes
 toward mental illness, in: Psychological
 Reports 19, 1966, S. 649-650

- 5 Cohen, J. und Streuning, E.L.
 Opinions about Mental Illness in the Personnel
 of Two Large Mental Hospitals, in: Journal of
 Abnormal and Social Psychology 64, 1962,
 S. 349-360

- 6 Cumming E. und Cumming J.
 Closed Ranks: An Experiment in Mental Health
 Education, Cambridge, Massachusetts 1957

- 7 Feldmann, H.
 Einstellung zu psychisch Kranken - Ergebnisse
 und Probleme, in: Psychiatrie der Gegenwart,
 Band III, 2. Aufl., Hrsg. Kisker, K.P., Berlin,
 Heidelberg, N.Y. 1975 S. 199-220

- 8 Finzen, A.
Gutachten zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten, in: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD, Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4201, S. 1130-1139
- 9 Fischer, F.
Irrenhäuser-Kranke klagen an, München 1969
- 10 Friedmann, W.
Quantitative Ergebnisse einer Umfrage bei Schwestern und Pflegern, Wiesloch 1970, unveröffentlicht
- 11 Gilbert, D.C. und Levinson, D.J.
Ideology, Personality and Institutional Policy in the Mental Hospital, in: Journal of Abnormal and Social Psychology 53, 1956, S. 263-271
- 12 Hemprich, R.P. und Kisker, K.P.
Die "Herren der Klinik" und die Patienten, in: Der Nervenarzt 39, 1968, S. 433-441
- 13 Imre, P. und Wolf, S.
Attitudes of patients and personnel toward mental hospitals, in: Journal of Clinical Psychology 18, 1962, S. 232-234
- 14 Jäckel, M. und Wieser, S.
Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit, Stuttgart 1970
- 15 Kukla, R.
Zur Sozialisation von Krankenschwestern in der Psychiatrie in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 2/1973 S. 484-498
- 16 Lawton, M. P.
Studies on the Psychiatric Aide, in: Mental Hospital 15, 1964, S. 512-515

- 17 Lawton, M. P.
 Personality and attitudinal correlates of psychiatric-
 aid performance, in: Journal of Social Psychology
 66, 1965, S. 215-226
- 18 Manis, M. et al.
 Beliefs about Mental Illness as a Function of
 Psychiatric Hospitalization, in: Journal of Ab-
 normal and Social Psychology 67, 1963 S. 226-233
- 19 Middleton, J.
 Prejudices and Opinions of Mental Hospital
 Employees, in: American Journal of Psychiatry
 Baltimore 1953, 110, S. 133-138
- 20 Moll, J.
 Einstellungen des psychiatrischen Pflegepersonals im
 Landeskrankenhaus Weinsberg, Dissertation, Mannheim 1973
- 21 Nunnally, J.C.
 Popular Conceptions of Mental Health - their Deve-
 lopment and Change, New York 1961
- 22 Rabkin, J.G.
 Opinions about Mental Illness: A Review of the
 Literature, in: Psychological Bulletin 77, 1972
 S. 153-171
- 23 Sack, F.
 Die verhinderte Öffentlichkeit und ihre Funktionen,
 in: Lauter, H. und Meyer, J.-E. Der psychisch
 Kranke und die Gesellschaft, Stuttgart 1971, S. 55-62
- 24 Scherer, K.R.
 Gutachten zum Abbau von Vorurteilen gegenüber
 psychisch Kranken und Behinderten - aus sozial-
 psychologischer Sicht, in: Anhang zum Bericht
 über die Lage der Psychiatrie in der BRD, Deut-
 scher Bundestag, Drucksache 7/4201, S. 1140-1160

- 25 Schneider, U. und Wieser, S. .
 Der psychisch Kranke in den Massenmedien, in:
 Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie
 und ihrer Grenzgebiete 40, 1972, S. 136-163
- 26 Star, S.A.
 The Public's Ideas about Mental Illness,
 National Opinion Research Center, Chicago 1955
- 27 Stumme, W.
 Psychische Erkrankungen - Im Urteil der Be-
 völkerung, München, Berlin, Wien 1975
- 28 Stumme, W.
 Gutachten zu Problemen einer differenzierten
 Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Versor-
 gung psychisch Kranker und Behinderter, in:
 Anhang zum Bericht über die Lage der Psychia-
 trie in der BRD, Deutscher Bundestag, Druck-
 sache 7/4201, S. 1161-1175
- 29 Wallraff, G.
 13 Unerwünschte Reportagen, Köln 1969

Matthias B r a e s e
cand. med.

Erlangen, Okt. 1976

H F r a g e b o g e n
zur Befragung des med. Pflegepersonals im Nervenkranken-
haus Bayreuth

Die Verhältnisse in der Psychiatrie werden, wie Sie sicherlich wissen, in letzter Zeit immer häufiger kritisiert. Wir gehen davon aus, daß z.T. auch in Bayreuth besserungsbedürftige Zustände bestehen.

Da wir hierbei besonders an Ihrer persönlichen Meinung interessiert sind, bitten wir Sie, uns behilflich zu sein und einige Fragen zu beantworten. Ihre Angaben bleiben selbstverständlich vollkommen anonym.

Infolgedessen können Sie offen, freimütig und ehrlich auf die Fragen eingehen und dürfen sicher sein, daß niemand Ihre persönliche Meinung erfährt.

- 1) Lassen sich Ihrer Meinung nach psychische Erkrankungen eigentlich
 - sehr häufig
 - häufig
 - selten oder
 - nie heilen?

- 2) Im Folgenden werde ich Ihnen 3 Personen beschreiben. Sagen Sie mir doch bitte, was mit den Betroffenen los ist.

Stellen Sie sich bitte eine junge Frau vor, zwischen 20 und 30 Jahren. Angenommen sie heißt Karin Lauter. Sie ist seit einiger Zeit nicht mehr berufstätig. Es scheint, als ob sie nie ausgehen, oder sich mit anderen treffen wolle. Sie ist sehr ruhig und unterhält sich sehr wenig mit anderen, nicht einmal mit ihren Angehörigen. Oft verhält sie sich so, als ob sie sich vor anderen fürchtet, besonders vor gleichaltrigen Männern. Immer wenn jemand die Familie besucht, bleibt sie solange in ihrem Zimmer, bis der Besuch wieder fort ist. Sie ist immer allein und träumt den ganzen Tag vor sich hin. Sie interessiert sich für nichts und niemanden.

- a) Wenn Sie einmal daran denken, wie sich dieser Zustand für die junge Frau selbst auswirkt, was vermuten Sie? Glauben Sie, daß diese junge Frau unter diesem Verhalten selbst
 - sehr leidet
 - leidet
 - nicht sehr leidet oder
 - gar nicht leidet?

b) Was meinen Sie, ist mit der Betreffenden los?

Diese Frau ist ...

- nervenkrank
- gemütskrank
- geisteskrank
- normal
- mit den Nerven fertig
- geistesgestört
- verrückt

c) Und was meinen Sie persönlich dazu: was sollte man mit einer solchen Frau tun?

Diese sollte ...

- längere Zeit ausspannen
- in eine Nervenklinik gehen
- nichts unternehmen
- in eine Heilanstalt gehen
- den Hausarzt aufsuchen
- zum Psychiater gehen

d) Welche Diagnose stellen Sie?

- keine Krankheit
- Neurose
- Depression
- Schizophrenie
- Hysterie

3) Stellen Sie sich bitte einen jungen Mann vor. Wir nehmen einmal an, er heißt Alfons Burger. In seinem Beruf findet er sich gut zurecht. Meistens kommt er mit anderen Menschen gut aus, aber er ist immer sehr empfindlich, wenn irgendetwas schiefgeht oder wenn man ihn auf seine Fehler aufmerksam macht. Er regt sich über Kleinigkeiten auf und scheint dauernd schlecht gelaunt und unzufrieden zu sein. Nachts findet er häufig keinen Schlaf, weil er dann viel

Über die Vergangenheit nachgrübelt und sich Sorgen über Dinge macht, die vielleicht einmal mißlingen könnten.

a) Wenn Sie einmal daran denken, wie sich dieser Zustand für den jungen Mann selbst auswirkt, was vermuten Sie? Glauben Sie, daß dieser junge Mann unter diesem Verhalten selbst

- sehr leidet,
- leidet
- nicht sehr leidet oder
- gar nicht leidet?

b) Was meinen Sie, ist mit dem Betreffenden los? Dieser Mann ist ...

- nervenkrank
- gemütskrank
- geisteskrank
- normal
- mit den Nerven fertig
- geistesgestört
- verrückt

c) Und was meinen Sie persönlich dazu: was sollte man mit einem solchen Mann tun?

Dieser Mann sollte...

- längere Zeit ausspannen
- in eine Nervenklinik gehen
- nichts unternehmen
- in eine Heilanstalt gehen
- den Hausarzt aufsuchen
- zum Psychiater gehen

d) Welche Diagnose stellen Sie?

- keine Krankheit
- Neurose
- Depression
- Schizophrenie
- Hysterie

4) Stellen Sie sich einen Mann vor, der sehr mißtrauisch ist. Wir nennen ihn einmal Artur Harder. Er traut niemandem und ist der festen Überzeugung, daß alle gegen ihn sind. Häufig glaubt er, daß die Menschen, denen er auf der Straße begegnet, über ihn sprechen und ihn beobachten. Einigemal hat er Leute brutal geschlagen, die er gar nicht kannte. Ein anderes-mal seine Frau fürchterlich beschimpft und dann geschlagen. Er hat ihr auch gedroht, sie zu töten, weil er glaubt, daß sie gegen ihn arbeitet, genau wie alle anderen.

a) Wenn Sie einmal daran denken, wie sich dieser Zustand für den jungen Mann selbst auswirkt, was vermuten Sie? Glauben Sie, daß dieser junge Mann unter diesem Verhalten selbst

- sehr leidet,
- leidet,
- nicht sehr leidet oder
- gar nicht leidet?

b) Was meinen Sie, ist mit dem Betreffenden los? Dieser Mann ist...

- nervenkrank
- gemütskrank
- geisteskrank
- normal
- mit den Nerven fertig
- geistesgestört
- verrückt

c) Und was meinen Sie persönlich dazu: was sollte man mit einem solchen Mann tun?

Dieser Mann sollte...

- längere Zeit ausspannen
- in eine Nervenklinik gehen

- nichts unternehmen
 - in eine Heilanstalt gehen
 - den Hausarzt aufsuchen
 - ☛ zum Psychiater gehen
- d) Welche Diagnose stellen Sie?
- keine Krankheit
 - Neurose
 - Depression
 - Schizophrenie
 - Hysterie

5) Ordnen Sie bitte die genannten Verhaltensweisen den Ihrer Meinung nach angemessenen Maßnahmen zu.

A) Verhaltensweisen

- tobsüchtig
- gemütskrank
- geistesgestört
- normal
- schwachsinnig
- verrückt
- mit den Nerven fertig
- geisteskrank
- nervenkrank

B) Sanktionen

- einen Psychiater aufsuchen
- in eine Nervenlinik gehen
- längere Zeit ausspannen
- in eine Heilanstalt gehen
- nichts unternehmen
- den Hausarzt aufsuchen

6) Wodurch unterscheiden sich Ihrer Meinung nach Nerven-
linik und Heilanstalt?

Im Unterschied zur Heilanstalt ist in einer Nerven-

klinik

a) die Arztdichte

- höher
- niedriger
- gleich

b) der Therapiestil

- mehr auf den einzelnen ausgerichtet
- weniger auf den einzelnen ausgerichtet
- gleich

c) die Führung der Stationen

- offener
- geschlossener
- gleich

d) der Zweck der Unterbringung

- mehr Heilung
- mehr Verwahrung
- gleich

7) Bei Ihrer Arbeit haben Sie mit verschiedenen Gruppen von Kranken zu tun. Wie beurteilen Sie diese unterschiedlichen Patientengruppen?

A)a) Depressive sind...

- b) Schizophrene...
- c) Suchtkranke...
- d) Geistesschwache...
- e) Alterskranke...

B)a) eher gefährlich / ungefährlich

- b) eher therapierbar / nicht therapierbar
- c) eher angenehm / unangenehm
- d) eher berechenbar / unberechenbar
- e) eher zeitaufwendig / weniger zeitaufwendig
- f) in einem selbst eher aggressionsfördernd /
eher nicht aggressionsfördernd
- g) eher bemitleidenswert / weniger bemitleidenswert
- h) eher ärgerlich / nicht ärgerlich

8) Man macht sich häufig einmal Gedanken, warum eigentlich manche Leute psychisch krank werden. Ich möchte Ihnen nun einige Ursachen vorlesen und Sie bitten, mir jeweils zu sagen, ob diese

- sehr häufig
- häufig
- selten
- oder nie

als Grund für eine psychische Erkrankung infrage kommen.

- a) unglückliche Familienverhältnisse
- b) nervliche und berufliche Überlastung
- c) Vererbung
- d) unbekannte Ursache
- e) tiefgreifende Erlebnisse (z.B. Krieg, Tod, Unglück)
- f) Willensschwäche
- g) Kopfverletzungen
- h) ausschweifendes Leben

9) Wir haben hier einige Äußerungen zusammengestellt, die man immer wieder hören kann, wenn Gespräche über Leute geführt werden, die psychisch krank sind. Sagen Sie mir bitte, ob Sie dem Folgenden

- eher zustimmen oder es
 - eher ablehnen.
- a) Wer einmal psychisch krank war, kann nie wieder seinen Beruf so ausüben wie früher
 - b) Alle, die einmal psychisch krank waren, sollten ständig überwacht werden
 - c) Leute, die psychisch krank waren, sollten nicht heiraten und keine Kinder haben
 - d) Man sollte Leute, die einmal psychisch krank waren, nicht über ihr eigenes Leben entscheiden lassen

- e) Wenn jemand erst einmal psychisch krank ist, können die Ärzte auch nicht mehr helfen
 - f) Menschen, die psychisch krank sind, sind unberechenbar und vor allem für Kinder gefährlich, deshalb dürfen sie auf keinen Fall frei herumlaufen
 - g) Wenn jemand über Jahre mit Leuten zu tun hat, die psychisch krank sind, dann merkt man ihm das schließlich an.
- 10) Angenommen die Stadtverwaltung plant, in Ihrer Nachbarschaft ein Haus zu bauen, in dem dann nur Leute wohnen, die keine andere Wohnung finden konnten, weil sie einmal im Nervenkrankenhaus waren. Wie würden Sie sich in einem solchen Fall verhalten?
- persönlich bei der Stadtverwaltung Einspruch erheben
 - gemeinsam mit anderen dagegen protestieren
 - nichts tun, obwohl ich ein solches Haus befürworte
 - selbst in eine andere Gegend ziehen
 - einen öffentlichen Aufruf zur Unterstützung des Hauses unterschreiben
 - meine Bekannten, vom Sinn der Einrichtung überzeugen
 - w.n./k.A.
- 11) Nach dem geltenden Recht kann jeder Bürger vom Gericht aufgefordert werden, Vormund zu werden. Was würden Sie tun, wenn das Amtsgericht Ihnen schreibt, daß Sie die Vormundschaft über einen Patienten aus dem Nervenkrankenhaus übernehmen sollen?
- Ich würde sie übernehmen.
 - Ich würde sie nicht übernehmen.
- 12) Falls Ablehnung: aus welchen Gründen würden Sie die Vormundschaft nicht übernehmen?

- Ich fühle mich der Verantwortung nicht gewachsen.
- Ich habe keine Zeit.
- Aus rechtlichen Gründen, da es sonst zu beruflichen Überschneidungen käme.
- Ich möchte nicht auch noch nach Feierabend mit diesen Problemen behelligt werden.
- Ich habe keine Lust.

- 13) Unterstellen wir einmal, daß die Bevölkerung von Bayreuth dem Nervenkrankenhaus "Wendelhöfen" eher ablehnend gegenübersteht.
- Glauben Sie, daß diese Ablehnung berechtigt ist oder halten Sie diese Ablehnung für weithin unberechtigt?
- Die Ablehnung gegenüber "Wendelhöfen" ist weitgehend berechtigt.
 - Die Ablehnung beruht weitgehend auf Unkenntnis seitens der Bevölkerung und ist unberechtigt.
 - w.n./k.A.

- 14) Wenn Sie einmal an das Nervenkrankenhaus Bayreuth denken, was meinen Sie, würde man am ehesten damit in Verbindung bringen?
- Ich nenne Ihnen jeweils 2 Begriffe.
- Da wir an Ihrem ersten Eindruck interessiert sind, möchte ich Sie bitten - ohne lange zu überlegen - zu sagen, welcher der beiden Begriffe am ehesten zum Nervenkrankenhaus Bayreuth paßt.
- Das Nervenkrankenhaus Bayreuth ist
- a) - eher alt
- eher modern
 - k.A./w.n.
- b) - eher Verwahrung
- eher Heilung
 - k.A./w.n.

- c) - eher Krankenhaus
 - eher Heilanstalt
 - k.A./w.n.
- d) - eher Freiheit
 - eher Kontrolle
 - k.A./w.n.
- e) - eher Behandlungserfolg
 - eher kein Behandlungserfolg
 - k.A./w.n.
- f) - eher "verrückt"
 - eher krank
 - k.A./w.n.

15) Wir haben hier einige Vorschläge und Maßnahmen zusammengestellt, von denen wir wissen wollen, ob diese Ihrer Meinung nach im NKH Bayreuth verwirklicht werden sollten.

Im Nervenkrankenhaus Bayreuth sollte es geben:

- a) freien Ausgang für die meisten Patienten
- b) Einheitskleidung für Patienten
- c) Bastel- und Werkräume für Patienten
- d) Zwangsjacken
- e) Lehrwerkstätten
- f) Isolierzellen
- g) gemeinsame Aufenthaltsräume für Männer und Frauen
- h) klinische Prüfung von Medikamenten an Patienten
- i) Räume, in denen Tüten geklebt werden
- j) Zwei- und Dreibettzimmer
- k) Elektroschock
- l) Turn- und Sportmöglichkeiten
- m) Übersichtliche Großzimmer
- n) Entlohnung für die Arbeit der Patienten

- 16) Glauben Sie, daß die Patienten für ihre Arbeit
- zu hoch,
 - zu niedrig oder
 - angemessen entlohnt werden?
- 17) Wir bieten Ihnen noch eine Reihe von Verbesserungsvorschlägen zum NKH Bayreuth an. Entscheiden Sie sich, ob Sie dem
- eher zustimmen oder es
 - eher ablehnen.
- a) Ich bin hier zufrieden und glaube, daß es kaum etwas zu verbessern gibt.
 - b) Man gibt sich hier sehr viel Mühe, trotzdem wäre noch Vieles zu verbessern.
 - c) Die Verantwortlichen sollten sich mehr für die Belange der Patienten einsetzen.
 - d) Ein Großteil der Stationen ist in seiner jetzigen Form ungeeignet und sollte erneuert werden.
 - e) Man sollte ein Haus errichten, in dem Patienten nur über Tag sind und nachts nach Hause gehen können.
 - f) Die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung sollten erweitert werden.
- 18) Angenommen Sie befinden sich in Ihrem Freundes- oder Bekanntenkreis. Wie würden Sie Ihre Haltung bezüglich Ihrer beruflichen Tätigkeit beschreiben.
- Ich erzähle oft deftig-handfeste Geschichten aus dem NKH
 - Ich erwähne praktisch nichts aus meiner beruflichen Tätigkeit
 - Ich werbe eher um Verständnis für die Probleme des NKH und seiner Patienten.
 - u.n./k.A.

- 19) Überlegen Sie einmal. Wenn Sie mit Freunden oder Bekannten zusammen sind und von den Patienten im NKHB reden, welche Begriffe verwenden Sie dann?
- Kranke oder Patienten u.ä.
 - Deppen, Irre oder Schwachsinnige u.ä.
 - w.n./k.A.
- 20) Sie sind im NKHB tätig. Wie schätzen Sie Ihre berufliche Tätigkeit ein?
- Ich finde, es ist ein Beruf wie jeder andere auch
 - Nach Feierabend habe ich mich schon wiederholt gefragt, ob meine Tätigkeit eigentlich Sinn hat.
 - Ich glaube, für diesen Beruf braucht man ein besonderes Engagement
 - w.n./k.A.
- 21) Was glauben Sie denkt ein Großteil der Bevölkerung über Leute, die im NKHB arbeiten?
- Es ist ein Beruf wie jeder andere auch,
 - die Beschäftigung mit den Kranken dort ist wenig sinnvoll, denn "Denen kann man doch nicht helfen"
 - Für den Beruf braucht man ein besonderes Engagement
 - "Irrenpfleger" ist was für handfeste Kerle".
 - w.n./k.A.
- 22) Glauben Sie, daß Sie durch die in Ihrer Ausbildung erworbenen Kenntnisse ausreichend auf Ihre jetzige Tätigkeit vorbereitet worden sind?
- Ja, ich glaube, daß meine in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse ausreichend sind
 - Ich halte meine Ausbildung für unzureichend und glaube, daß eine Fortbildung dringend erforderlich ist.
 - w.n./k.A.

- 23) Ich möchte hier einmal die Aussage eines Pflegers aus München Haar ("Stern Nr. 18/76) zitieren, der sagt:
 "Da habe ich einfach zugeschlagen. Irgendwie macht Dich der Dreck und das Geschrei fertig. Und dann kannst Du halt nicht mehr. Aber das geht allen so, allen rutscht mal die Hand aus..."

Was meinen Sie dazu?

- Ja, ich glaube, das könnte mir auch passieren
- Mir ist das zwar noch nicht passiert, aber ich habe schon gesehen, daß einem Kollegen einmal die Hand ausgerutscht ist
- Nein, so etwas kommt hier nicht vor
- w.n./k.A.

- 24) Wie Sie wissen, weigert sich die Kirche zum Teil, Selbstmörder kirchlich beerdigen zu lassen.
 Halten Sie das für richtig?

- Ja, solche Leute haben das Recht auf eine kirchliche Beerdigung verwirkt
- Nein, das ist nicht gerechtfertigt. Denn die meisten Selbstmörder sind Kranke, die für Ihren Schritt nicht verantwortlich gemacht werden können
- w.n./k.A.

Zum Schluß haben wir noch einige Fragen, die v.a. statistischen Zwecken dienen.

- a) Geschlecht des Befragten
- b) Darf ich Sie fragen wie alt Sie sind ... Jahre
- c) Sind Sie - verheiratet
 - verwitwet
 - geschieden
 - ledig
 - keine A.
- d) Welcher Konfession gehören Sie an?
 - Evangelisch
 - Katholisch

- andere
- keine
- k.A.

Und inwieweit praktizieren Sie?

- praktizierend (Kirchbesuch mind. 1 x im Monat)
- nicht praktizierend
- k.A.

e) Welche weitestgehende Schulbildung haben Sie,

Ihr Ehegatte und Ihr Vater?

Schulbildung des Befragten

Schulbildung des Ehegatten(Ziffern v.u.

Schulbildung des Vaters eintragen)

1 Sonderschule oder Volksschule ohne Abschluß

2 Volksschule

3 Mittel- oder Fachschule ohne Abschluß

4 Mittel- oder Fachschule mit Abschluß

5 Gymnasium ohne Abschluß

6 Gymnasium mit Abitur

7 Akademische Ausbildung (Uni, Th, Ph, Fachhochschule) (Ziffern von oben eintragen)

.....

Welche Schulbildung hatten Sie ursprünglich angestrebt

f) Welche berufliche Tätigkeit üben / übten Sie,

Ihr Ehegatte und Ihr Vater aus

Beruf des Befragten.....

Beruf des Ehegatten.....(Ziffern v.u. eintragen)

Beruf des Vaters

1 Beruf ohne Lehre und Gesellenprüfung

2 Beruf mit Lehre und Gesellenprüfung

3 Höher qualifizierende Ausbildung

(Meister, Angest.im mittl. Dienst)

4 Leitende Stellung

(Lehrer, mittl. Beamter, Ing., Abt.Leiter)

- 5 Qualif. Akademiker oder Fabrik-
 besitzer
- 6 Hausfrau
 7 in Ausbildung
 8 k.A.

Falls Sie nicht von Anfang an Ihren jetzigen Beruf ausgeübt haben, geben Sie bitte an, welchen Sie zunächst ausgeübt oder angestrebt haben.

Ich habe zunächst angestrebt

Ich habe zunächst ausgeübt

Wie lange üben Sie Ihren jetzigen Beruf aus:

- weniger als 1 Jahr
- 1 bis 5 Jahre
- 5 bis 10 Jahre
- 10 bis 20 Jahre
- mehr als 20 Jahre
- k.A.

Können Sie mir die Gründe nennen, die Sie zum Berufswechsel oder zur Änderung des ursprünglichen Berufsziels veranlaßt haben:

- Nächstenliebe
- Höherer Verdienst
- Günstig gel. Arbeitsplatz
- Scheitern der urspr. Idee
- Gute körperliche Voraussetzung
- k.A.
- Soziales Engagement

L e b e n s l a u f : M a t t h i a s B r a e s e

Ich wurde am 12.12.1953 in Fulmbach als Sohn des praktischen Arztes Dr.med.Hanns Eschenwecker und der Arzthelferin Doris Braese geboren. Am 26.4.56 adoptierte mich der Oberstabsintendant a.D.Erich Braese. Von 1960 bis 1964 besuchte ich die Volksschule in Fulmbach.Im Jahre 1964 trat ich in das Humanistische Gymnasium des Markgraf-Georg-Friedrich-Gymnasiums in Fulmbach über,wo ich 1973 das Abitur ablegte.Zum Wintersemester 1973/74 nahm ich an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen das Studium der Humanmedizin auf.Am 19.11.79 bestand ich den letzten Teil der ärztlichen Prüfung.

